FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N° 366

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 20 Juillet 1908 à 1 heure

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE DU COL DE L'UTÉRUS

PAR

Marcellus CHATON

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE BESANÇON

INTERNE DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH DE PARIS

Président :	M. SEGOND	*Professeur*
Juges. . .	MM. DELENS	*Agrégés*
	GOSSET	
	PROUST	

PARIS

Librairie Médicale & Scientifique

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GILBERT-BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER. HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND. LE DENTU.
Clinique chirurgicale	BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BRANCA.	DESGREZ	LEGRY.	POTOCKI.
BEZANÇON (Fernand)	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	SICARD.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	ZIMMERN.
CASTAIGNE.	JOUSSET (André).	MORESTIN.	
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON
ET EN PARTICULIER A

MESSIEURS LES DOCTEURS : CHAPOY, GAUDERON, HEITZ.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN (*in memoriam*), MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROCA.

A MON MAITRE DE L'HOPITAL St-JOSEPH :

MONSIEUR LE DOCTEUR LE BEC
(*internat 1906-1908*)

« Témoignage d'inaltérable reconnaissance ».

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A qui nous adressons nos vifs remerciements d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Au cours de notre première année d'internat en chirurgie, à l'hôpital St-Joseph, nous avons vu opérer par M. Le Bec un col atteint de tuberculose. Notre maître nous fit remarquer la rareté de cette affection et nous engagea à étudier le cas. M. Lorrain, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Joseph, confirmant le diagnostic fait au moment de l'intervention par l'examen histologique et par l'inoculation, nous donna l'idée d'en faire l'objet de notre thèse. Telle est l'origine de notre travail.

Les recherches bibliographiques que nous avons faites à ce sujet, achevèrent de nous démontrer la rareté de cette lésion des voies génitales de la femme. A la faculté de Paris, il n'a été soutenu aucune thèse sur ce sujet depuis la thèse de Nanard, 1893, qui n'étudie qu'un point de la question : « Etude sur certaines ulcérations du museau de tanche, de nature tuberculeuse ».

Les auteurs qui ont étudié la tuberculose des organes génitaux de la femme en général, se bornent à

signaler la tuberculose du col et à conclure à sa rareté. Cependant, actuellement, le nombre de cas publiés dans diverses revues et que nous avons pu réunir, atteint une grande importance et nous nous sommes proposé, avec cet ensemble de faits, de tirer des conclusions relatives à l'étiologie, à la symptomatologie, au pronostic et au traitement de cette affection.

HISTORIQUE

Avant la thèse de Brouardel, 1865, les cas de tuberculose des voies génitales de la femme constituaient des surprises d'autopsie. Comme le dit justement Nanard dans sa thèse, le travail de Brouardel « fixa pour ainsi dire la question ». A la période des observations isolées, allait succéder celle des études d'ensemble, les traités de chirurgie comprenaient des chapitres sur la tuberculose des trompes, des ovaires, du col de l'utérus. La tuberculose du col dont l'évolution est la moins avancée, n'est sur ces ouvrages encore actuellement l'objet que de quelques considérations. Il est cependant important de la connaître, comme nous verrons, à cause de sa fréquence beaucoup plus grande qu'on ne l'admet généralement et aussi de l'existence d'une forme de tuberculose, tuberculose ascendante, à début au niveau du col, et dont un traitement hâtif pourra enrayer la marche envahissante.

Nous n'insisterons pas sur l'étude des cas isolés, nous dirons seulement qu'il paraît établi que le premier cas

de tuberculose du col publié avec vérification par l'examen histologique, paraît être celui de Laboulbène (1879).

Lisfrane, le premier, dans ses cliniques chirurgicales de la Pitié, consacre un chapitre à cette étude et parle de l'ulcère scrofuleux du col de l'utérus, mais nous n'avons pas rencontré dans les observations que nous avons recueillies, ni cette variété d'ulcérations à marche aussi gravement phagédénique que celle qu'il décrit chez sa malade de la salle St-Augustin ; ni ce véritable abcès tuberculeux du col qu'il va jusqu'à considérer comme susceptible de s'ouvrir dans la cavité péritonéale. Klob, en 1864, dans sa « Pathologische anatomie der Weiblichen sexualorganen », admet la tuberculose du col, mais comme exceptionnelle et le plus souvent secondaire à une tuberculose utérine. Brouardel, en 1865, dans sa thèse, parle de la tuberculose du col, mais la considère à son tour, comme exceptionnelle. Les travaux d'ensemble importants ne datent que de ces dernières années : en 1892, paraît la thèse de Nanard « Sur l'étude de certaines ulcérations du museau de tanche de nature tuberculeuse ; au XIIIe Congrès international de médecine de 1900, Beeya réunit 69 cas d'infection tuberculeuse de l'utérus au-dessous de l'orifice interne, mais sans indiquer les sources où il les a pris de telle sorte qu'on est obligé d'admettre ses conclusions sans pouvoir les contrôler. En 1902, Brouha, à l'occasion d'un cas personnel, fait une petite revue sur la tuberculose primitive du canal cervical de l'utérus dans la « Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale ». Puis, plus près de nous, 1905, paraît la thèse de Lannes-De-

horre (Lyon) « Contribution à l'étude de la tuberculose du col de l'utérus ». En 1906, dans la « Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale », Pollosson, l'instigateur de la thèse de Lannes-Dehorre, son élève, reprend la question en y ajoutant quelques observations nouvelles. Enfin, Deletrez, « Revue mensuelle de Gynécologie, d'Obstétrique, et de Pédiâtrie », 1908, fait suivre la publication détaillée d'un cas observé par lui, de quelques considérations générales.

ETIOLOGIE

La tuberculose du col de l'utérus est une affection rare, c'est l'opinion généralement admise et un anatomo-pathologiste comme Cornil a pu systématiquement examiner pendant deux ans le col de jeunes femmes mortes de tuberculose, sans y rencontrer aucune lésion spécifique.

D'après Le Dentu et Delbet, par ordre de fréquence décroissante, la tuberculose se localise de la façon suivante, sur l'appareil génital de la femme : trompes, corps d'utérus, ovaires, vagin, col, vulve. Ce qui est d'ailleurs l'ordre admis par Frank.

Quelles sont les conditions prédisposantes de cette localisation ?

Nous les étudierons sous deux chefs :

Conditions générales ;

Conditions locales.

1 Conditions générales :

A. *Age.* — L'âge a-t-il une influence sur la localisation de la tuberculose au niveau du col ? Divers au-

teurs ont déjà soulevé cette question et diverses statistiques ont été publiées, entre autres celles de Beeya, portant sur 57 observations.

6 cas de 17 à 20 ans ;
27 cas de 21 à 30 ans ;
9 cas de 31 à 40 ans ;
5 cas de 41 à 50 ans ;
5 cas de 51 à 60 ans ;
3 cas de 61 à 70 ans ;
2 cas de 70 à 80 ans.

et celle plus récente de Lannes-Dehorre portant sur 35 cas :

17 cas de 20 à 30 ans ;
6 cas de 30 à 40 ans ;
3 cas de 40 à 50 ans ;
4 cas de 50 à 60 ans ;
5 à partir de 60 ans.

Si, à notre tour, nous étudions à ce point de vue ceux des 87 cas de tuberculose du col où l'âge des malades a été noté, nous trouvons :

Que dans 5 cas, la localisation s'est faite au-dessous de 20 ans ; que dans 52 cas, les malades avaient de 20 à 40 ans ; dans 16 cas, elles avaient plus de 40 ans.

Comme limites extrêmes nous avons remarqué : un cas à 3 ans (observation LVII) ; un autre à 8 ans (observation (LIX) ; un cas à 72 ans (XLII) ; un autre à 75 (LVI). Ce qui nous conduit à cette conclusion que la tuberculose du col s'observe avec son maximum de fréquence à la période d'activité sexuelle de la femme.

B. *Influence de l'état général.* — La tuberculose primitive du col existe comme nous le démontrerons, mais elle est exceptionnelle. En général, elle s'observe, chez des individus présentant une hérédité tuberculeuse, comme nous l'avons noté dans 11 observations ; ou ayant présenté d'autres manifestations tuberculeuses antécédentes : soit péritonéales (observations II, XII, XVIII, XXVIII, etc.) ; soit pulmonaires (dans 32 cas) ; soit ganglionnaires (XI et XIII) ; soit osseuses (XXV, XVVI, XXXVII, LX) ; soit méningées (XXXIV, XLI) ; soit généralisées (XVIII et LXIX) ; dans un cas, observation LXXII, elle était en coïncidence avec une tuberculose des voies urinaires.

L'état général précaire des malades est assez souvent noté : cela résulte des considérations précédentes.

II. Les conditions locales sont très importantes :

A. — La tuberculose du col coïncide dans la majorité des cas, avec une tuberculose des voies génitales, soit supérieures (cas le plus fréquent) ; soit inférieures :

a). Coïncidence avec une tuberculose des voies génitales supérieures :

Dans 28 cas, nous l'avons trouvé en coïncidence avec une tuberculose annexielle ; dans 24 cas, avec une endométrite tuberculeuse. Dans la majorité des cas, il n'y avait pas solution de continuité entre la tuberculose des annexes et celle du col. Cependant, comme dans l'observation XVIII, on peut observer une endométrite cervico-corporéale sans lésions des annexes, ou inversement une annexite tuberculeuse avec endocervicité de

même nature, sans lésions de la cavité corporéale (observations IX et XXVI).

Quelle est la fréquence de l'atteinte du col dans la tuberculose génitale ? D'après une statistique de Spaeth, sur 119 cas de tuberculose génitale, on trouve 6 fois le col atteint, soit 5 pour 100 des cas ; d'après une statistique de Mosler, sur 46 cas, cet auteur rencontre 4 tuberculoses du col, soit une proportion de 11 pour 100.

b). Dans des cas beaucoup moins fréquents, il est vrai, la tuberculose du col coïncide avec une tuberculose des voies génitales inférieures ; soit avec une tuberculose vaginale miliaire dans les observations X, XLI, LIX, LXIX ; ulcéreuse dans les observations LI, LII, LXII, LXXXVI ; soit avec une tuberculose périnéo-vulvaire comme dans les observations XII et XVIII.

B. — Rapports de la tuberculose du col avec les traumatismes locaux :

a). Avec l'accouchement ;

Dès 1865, Kiwich, signalait déjà l'influence de l'état puerpéral sur le développement de la tuberculose du col que confirmèrent Scanzoni, Rokitanshy, Nanias, Bernutz, Brouardel, Klob, Hegar. La muqueuse vaginale et celle du museau de tanche présentent après l'accouchement une imbibition particulière par le sang et des éraillures qui sont des portes d'entrée et alors l'infection peut se faire :

Par l'accoucheur ou la sage-femme (que ceux-ci aient été en contact avec des sujets tuberculeux ou le soient eux-mêmes), par les canules, les linges, les doigts du médecin.

Dans ces diverses circonstances qui peuvent d'ailleurs se présenter en dehors de l'accouchement, on peut observer une variété d'infection que Pozzi a dénommée primaire-secondaire et qui consiste en ce fait qu'un individu tuberculeux d'une autre partie de son organisme transporte l'infection au niveau de son col.

Cette hypothèse de l'influence de l'accouchement sur le développement de la tuberculose génitale et en particulier de la tuberculose cervicale n'est pas une simple vue de l'esprit. Nous avons noté dans divers cas et en particulier dans les observations VI, VII, LXIX, LXXV, LXXVII, des relations paraissant étroites entre le développement de cette affection et l'accouchement. Mais c'est loin d'être une condition suffisante et nous n'avons pas remarqué que les femmes atteintes de tuberculose du col, fussent plus particulièrement de grandes multipares et sauf les malades des observations XXXIX (9 enfants', LXXII (7 enfants), LXXIII (7 enfants), LXXXVI (9 enfants) ; les autres n'étaient pas de grandes multipares.

Nous avons même rencontré cette affection chez des nullipares (XXI, XXXVI, XLVI) et dans un certain nombre de cas chez des vierges (observations XLVI, LVII, LIX, LX).

b). A cette question de l'influence des traumatismes locaux, se rattache celle de l'influence du coït. A priori, il est évident que la contagion peut se faire par rapports sexuels avec un mari atteint de tuberculose et de tuberculose génitale en particulier. Mais les observations sont peu explicites en renseignements à ce sujet et nous n'avons à signaler que deux cas (observations V et

XXXIII), où la tuberculose génitale du mari était notée.

C. — Hegar, Alterthum, Merletti, insistent sur le rôle de l'hypoplasie génitale si fréquente chez les tuberculeuses, comme cause de localisation de la tuberculose au niveau du col.

Landouzy et Fournier insistent sur le rôle des vices de développement du système génital comme cause d'appel.

D. — Rapports avec les fonctions menstruelles. — Il est un fait que nous avons noté avec une fréquence assez grande pour mériter de retenir l'attention, c'est qu'assez souvent, les femmes atteintes de tuberculose génitale et de tuberculose du col en particulier, étaient réglées tardivement et irrégulièrement.

C'est ainsi que dans l'observation II, la malade est réglée à 15 ans et demi ; III, à 18 ans ; V, à 16 ans ; VI, à 18 ans ; XXX, à 17 ans ; XXXV, à 30 ans ; XXVI, à 17 ans ; XXXIX, à 16 ans ; LV, à 17 ans ;LXIX, à 17 ans ; LXXVIII, à 20 ans. Dans un cas, observation XVII, la malade âgée de 21 ans n'a pas encore vu ses règles.

Dans d'autres cas, les règles disparaissent sans cause, pendant un temps assez long, ainsi dans l'observation XII, où les règles régulières depuis l'âge de 14 ans, disparaissent à 24 ; dans l'observation XLIX, où les règles ont disparu depuis 9 mois ; dans le cas qui nous est personnel, observation LXXXIX, où les règles ont disparu depuis trois ans.

On a soulevé, on se demande pourquoi, la question des rapports de la tuberculose avec le cancer. On a prétendu qu'il y avait antagonisme. Ceci est sans intérêt

et de plus inexact, car Lubarsch cite 129 cancers de l'utérus avec 29 fois des lésions tuberculeuses des autres organes. Enfin, dans un cas de Hugo Agaz, il y avait coïncidence de tuberculose utérine et de col cancéreux, chez une malade présentant de la tuberculose des deux poumons.

En résumé, nous conclurons de cette étude étiologique : que la tuberculose du col, comme toute tuberculose s'observe surtout sur des candidates par leur hérédité, ou leur état général défectueux ; qu'elle coïncide en général avec une tuberculose des voies génitales supérieures, plus rarement inférieures, ou une tuberculose éloignée ; qu'elle se développe surtout pendant la période d'activité sexuelle de la femme ; que la coïncidence de retard dans l'instauration, ou de troubles dans les fonctions menstruelles est assez fréquente. La question de la tuberculose primitive jusqu'ici écartée sera étudiée au chapitre « Pathogénie ».

PATHOGÉNIE

Nous avons vu que certaines conditions locales ou générales paraissent favoriser la fixation du bacille de Koch au niveau du col. Pénétrant plus avant dans la solution du problème, nous allons essayer de déterminer les voies de pénétration de l'agent pathogène.

Nous distinguerons quatre voies d'infection :

La voie des muqueuses ;

La voie artérielle ;

La voie veineuse ;

La voie lymphatique.

La voie muqueuse peut être soit ascendante : c'est le cas d'infection tuberculeuse du col par le coït, par l'introduction d'instruments contaminés dans les voies génitales inférieures, par des sécrétions intestinales bacillaires. Cette question de l'infection tuberculeuse par voie ascendante est extrêmement importante, car c'est à ce propos que se pose la question de l'infection tuberculeuse de l'organisme par les voies génitales, de la tuberculose primitive du col. Hâtons-nous de dire qu'elle

est exceptionnellement rare, Brouha, de Liège, dans un article de la « Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale (1902), ne reconnaissait que quatre cas de tuberculose primitive du col : un cas de Klobb : « qui fut une trouvaille d'autopsie et ou une caverne du volume d'une cerise existait dans l'épaisseur des lèvres du col » ; un cas de Kaufmann (XLII), un cas de Michaelis (LV), un cas de Brouha (IX), auxquels nous pouvons ajouter les cas suivants (VIII, XXIII, LXXI, XXXIII,LXXXV). Et encore dans tous ces cas vérifiés cliniquement ou anatomo-pathologiquement, ne trouvons-nous pas une seule malade exempte de toute tare tuberculeuse héréditaire.

On a voulu faire jouer au coït un rôle considérable dans ce mode d'infection. Les observations en sont rares ; nous n'en avons trouvé que deux V et XXXIII, où la tuberculose génitale du mari fut notée. Dans ce cas, il est facile d'admettre que des germes provenant de l'urètre, de la vessie, du canal déférent, de l'épididyme ou du testicule viennent infecter le col. Mais on est allé plus loin, et les recherches de Curt Janis, confirmées par celles de Gartner démontrent que le sperme de tuberculeux sans lésions péritonéales génitales peut aussi contenir des bacilles. Dans ces conditions, ce mode d'infection du col devrait être fréquent. Comment se fait-il qu'il soit cependant si rare ? Le Professeur Cornil en a donné une explication anatomo-pathologique : les bacilles à la surface du col se trouvent en présence d'une muqueuse à épithélium stratifié, à couches épaisses et peu vulnérables ; de plus, les liquides qui s'écoulent

du vagin entraînent les bacilles ; au contraire, dans la cavité du col, ils trouvent un épithélium cylindrique délicat, disposé en une seule couche et une muqueuse pourvue de villosités à surface anfractueuse et par conséquent propre à les retenir. Ceci explique, au contraire, la fréquence des lésions tuberculeuses du col en coïncidence avec une tuberculose des voies génitales supérieures, la voie descendante, que nous allons actuellement étudier.

Voie descendante. — Tout d'abord, signalons, la tuberculose primitive d'origine descendante admise par Brouha et qui doit être exceptionnelle, si tant est qu'elle existe. Les bacilles introduits par les aliments traversent les parois de l'intestin, arrivent au péritoine et sont dirigés vers les pavillons tubaires, par les mouvements de la sérosité abdominale. De la sorte, ils pénètrent la sphère sexuelle par son extrémité supérieure.

Beaucoup plus fréquente est, comme nous l'avons montré au chapitre de l'étiologie, la tuberculose descendante secondaire, à une lésion des voies génitales supérieures ou du péritoine. Ce mode d'infection basé sur la clinique existe et il est assez fréquent, contrairement aux conclusions expérimentales de Baumgarten qui conclut d'expériences sur la lapine que l'infection péritonéale bacillaire même généralisée, ne se propage presque jamais aux voies génitales, que la tuberculose du corps reste localisée au corps et ne se propage qu'exceptionnellement au col. Cet auteur, confirmé par les recherches, expérimentales aussi, de Gorowitz et Hallé

conclut à la rareté de l'inoculation tuberculeuse vaginale.

La voie sanguine artérielle. — Ici encore, l'on peut admettre une forme primitive de tuberculose du col, forme admise pour le corps, sous le nom de forme cryptogénique, par le Professeur Amann de Munich.

C'est celle qui apparaît comme l'unique localisation d'une tuberculose congénitale restée longtemps latente ou encore celle dans laquelle les germes, après pénétration par une voie quelconque dans le torrent sanguin et lymphatique ont déterminé des lésions uniquement localisées au col. C'est vraisemblablement de ce mode d'infection que relèvent la plupart des cas de tuberculose primitive que nous avons notés.

Le rôle du système artériel dans le développement de la tuberculose secondaire est évident. Dervaux, dans sa thèse, a bien insisté sur ce point et cet auteur fait remarquer qu'un des trois segments de prédilection de la localisation génitale était le segment inférieur (col et vagin jusqu'à la région hyménéale et plus particulièrement la cavité cervicale et la région des culs-de-sac). Nous avons en effet trouvé, une localisation très nette, selon ce type dans les obs. X, XLI, LI, LII ; LIX ; LXXII, LXIX, LXXXVI. La forme répondant à ce mode d'infection est la forme miliaire ou un de ses stades d'évolution, la forme ulcéreuse. Cet auteur fait aussi remarquer la disposition vasculaire de cette région, disposition qui permet d'expliquer et la rareté de l'infection cervicale comparativement à l'infection des deux autres segments et sa possibilité. S'inspirant des recherches de Fredet

et Rieffel, sur l'irrigation du col, Dervaux fait remarquer « que le département inférieur vasculaire, r pondant au col, au segment inférieur de l'utérus et à la région supérieure du vagin est irrigué par les artères longues cervico-vaginales. Les branches terminales de cette circulation affectent d'avec la circulation du corps une indépendance notoire. Le col est peu vasculaire, on ne note guère entre les artères du col et celles du corps ces grosses anastomoses verticales ».

L'embolie cervicale possible est donc moins fréquente que l'infection des autres segments des voies génitales.

L'ensemencement par la *voie sanguine veineuse* « est possible, anatomiquement parlant, dit Dervaux, car il est notoire, d'après les recherches de Lejars, que le tractus veineux génital communique avec différentes régions veineuses voisines ; la circulation rectale et la circulation vaginale sont sœurs sur une grande partie de leur étendue, le territoire porte des rapports avec le territoire génital par des veines retziennes, la mésentérique supérieure, les coliques droites et gauches. Mais les voies de communication ne sont pas constantes. Enfin, les veines rénales sont toujours en étroit rapport avec la circulation tubaire. On le voit, l'infection peut donc se faire par le rectum, l'intestin, le rein ».

L'infection par les *voies lymphatiques* peut être envisagée à deux points de vue avec Dervaux :

Il peut s'agir ,soit d'infection rétrograde par circulation récurrente, secondaire à une infection ganglionnaire ; conception applicable au col.

Soit d'une infection par les petits lymphatiques qui

existent au niveau d'adhérences pelviennes qui en sont presque uniquement constituées. Mode d'infection qui ne peut avoir qu'un rôle très secondaire sur l'infection du col et par l'intermédiaire des lésions supérieures préalables.

En résumé, la voie descendante muqueuse nous paraît être la voie d'infection la plus fréquente du col ; quelques cas et en particulier les tuberculoses cervico-vaginales relèvent directement de la voie sanguine ; la voie ascendante muqueuse est vraisemblable.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On reconnaît actuellement avec M. le Professeur Pozzi, trois formes de tuberculose du col : la forme ulcéreuse, la forme végétante, la forme miliaire. Si l'on parcourt les observations, l'on voit en effet, que ce sont de beaucoup les formes les plus fréquentes, et dans les 87 cas que nous avons rassemblés, nous avons trouvé 37 fois la forme ulcéreuse, 22 fois la forme végétante, 7 fois la forme miliaire. Dans 6 cas, il y avait simultanément ulcération et végétations ; dans 5 cas, granulations et ulcération. La forme ulcéreuse est donc de beaucoup la plus fréquente ou du moins la plus fréquemment observée.

A côté de ces formes classiques, Schütt avait décrit une forme catarrhale que l'on tend actuellement à rejeter. Nous avons observé un cas avec prédominance des lésions interstitielle et intégrité de la muqueuse, nous nous proposons de le décrire sous le nôm de forme interstitielle. Enfin, sous l'influence des idées de Poncet, sur la tuberculose inflammatoire, Cotte, de

Lyon, s'appuyant sur une observation personnelle a décrit dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1907, la tuberculose inflammatoire du col de l'utérus.

Quel est tout d'abord, par ordre de fréquence, la localisation de la tuberculose à la portion cervicale ou vaginale du col ? D'après une statistique de Beyea, il y a localisation 11 fois à la portion vaginale du col ; 6 fois à la portion cervicale ; aux deux portions dans 44 autres cas.

A. — *L'ulcération tuberculeuse du col*, se présente sous diverses formes :

La *petite ulcération*, lenticulaire, semblable à l'ulcération résultant de la rupture d'une vésicule d'herpès. Elle est à fond grisâtre, ou recouverte de muco-pus. Ses relations avec la forme miliaire dont elle n'est qu'un stade d'évolution est évidente sur nombre d'observations où l'on assiste pour ainsi dire à la transformation de l'une ou de l'autre ; ainsi dans l'observation XLI.

La *grande ulcération* résultant de la confluence de petites, est à bords déchiquetés, décollés dans certains cas, à pic dans beaucoup d'observations... Le fond en est tantôt jaunâtre (observations VI, LXVII, LXXIX) ; tantôt granuleux, pâle (observations VIII et LXXVIII) ; tantôt rouge vif (observations V, LX, LXV et LXXX). Il est probable que ces différents aspects répondent à des stades différents. Dans l'un et l'autre cas, il n'est pas rare de noter la muqueuse de voisinage enflammée.

Parfois, l'*ulcération* ne s'étend plus tant en surface, elle gagne *en profondeur*. Ainsi dans l'observation IX, elle est d'après Brouha, « en entonnoir à base répondant

à la surface du canal cervical », dans l'observation XXVII, Handfield Jones la dénomme « excavation ». Cette variété résulte soit du développement d'une ulcération, à marche phagédémique, soit de l'ouverture d'une gomme tuberculeuse interstitielle à la surface.

Dans certains cas, elle peut prendre l'aspect d'éraillures, comme il a été noté par le Professeur Cornil ,dans l'observation de Thiercelin.

Dans la majorité des cas, l'ulcération siège sur la portion vaginale du col. Dans un certain nombre d'observations (LVII, LVIII, LXVIII, LXXIX) elle était intra-cervicale. Elle peut être à la fois intra et extra-cervicale et occupant l'orifice externe ou dépassant l'orifice interne, s'étendre sur la portion vaginale du col ou la cavité corporéale (observation XLV) ; parfois empiéter à la fois sur le vagin et la portion vaginale du col.

Au microscope, on observe au voisinage de la lésion, une réaction inflammatoire consistant en une infiltration embryonnaire générale. Les papilles sont plus volumineuses que normalement. Les glandes sont hypertrophiées, irrégulières, sinueuses, ce caractère est noté constamment dans toutes les observations suivies d'examen histologique un peu détaillé. Dans la profondeur, au niveau de l'ulcération et dans son voisinage lorsque l'infiltration s'est étendue, on peut observer l'existence d'amas embryonnaires entourant des cellules géantes, d'îlots caséeux. Dans un cas avec examen histologique de Cornil (observation LXXV), ils siégeaient manifestement de préférence au pourtour des vaisseaux. Ce qui est un nouvel appui à la théorie vasculaire. Pettit

admet à son tour que l'existence de nodules embryonnaires périvasculaires suffit à faire admettre la nature tuberculeuse de la lésion.

B. — Les *granulations tuberculeuses* du col se présentent sous la forme de saillies, tantôt plates (observations LXIX et LXIV) ; tantôt hémisphériques. Selon le stade de leur évolution, elles sont soit grises transparentes (observation LXIV) ; soit blanchâtres (observations XXVI, XLI, XLIV, LIX) ; soit jaunâtres (X, XLIV, LVX, LXXVII). Elles sont isolées ou confluentes. Elles siègent dans la majorité des cas dans la portion vaginale du col. Il n'est pas rare de noter un envahissement cervico-vaginal. Cornil, dans l'observation LXIX, les decrit comme constituées de cellules embryonnaires interposées entre les fibrilles préexistantes du tissu conjonctif sous-épithélial.

C. — La *forme végétante* comprend deux variétés qu'il importe de décrire à part :

Dans la première variété, à laquelle nous conserverons le nom de végétante papillaire, ou plutôt que nous nommerons *végétante fongueuse*, il n'y a pas à proprement parler de tumeur. Le col comparé à un champignon à un chou-fleur, a subi une hypertrophie en même temps qu'il s'est recouvert de végétations molles, fongueuses, touffues, friables, saignantes, recouvertes de glaires tenaces. La couleur est rouge ou rosée. C'est la forme la plus souvent rencontrée. Elle a été surtout observée sur la portion vaginale du col. Cependant, dans un cas (observation LX), on l'a rencontrée dans la cavité cervicale.

L'autre forme, beaucoup plus rare, et que nous décrirons sous le nom de *végétante néoplasique*, se présente sous la forme de masses bourgeonnantes plus ou moins pédiculées, friables, d'aspect framboisé. Le point d'insertion de la tumeur est variable ; d'ordinaire, a évolution vaginale (obs. XVIII, XXII, XXIII, LXIII, LXXXII), le point de départ est parfois au niveau de l'orifice externe (observation XXXIX) ; parfois la végétation est intracervicale (observations III et XLVI).

Histologiquement, la fongosité est constituée d'un enchevêtrement de papilles épithéliales et de glandes sinueuses, à parois d'aspect dendritiques avec épithélium de hauteur anormale, de hautes cellules cylindriques avec de gros noyaux et un corps protoplasmique abondant. Dans l'entrelacement des glandes, des tubercules de loin en loin (observation de Maly).

D. — A ces formes où les lésions prédominent au niveau de la muqueuse, nous rattacherons la *forme catarrhale de Schütt*, où l'on observe en même temps qu'une hypertrophie du col une muqueuse hyperplasiée, rouge, saignante. Certaines observations paraissent assez nettement s'y rapporter (observations de Schütt ; de Sippel ; XXII (Giglio) ; LIV (Meyer). Ce qui la caractérise histologiquement, c'est qu'elle est localisée à l'épithélium superficiel et aux glandes qui sont remplies de masses caséeuses et de bacilles.

E. — Très proche parente de cette forme catarrhale est la forme décrite par Cotte, de Lyon (*Gazette des Hôpitaux*, 1907), sous le nom de *tuberculose inflammatoire néoplasique* du col de l'utérus, variété de paratuberculose

que Poncet d'accord avec Fournier, rapproche des lésions parasyphilitiques, ou l'existence de lésions histologiquement tuberculeuses, ou de bacilles, n'est pas nécessaire pour affirmer la spécificité. Il n'y avait dans le cas examiné par Paviot que de l'hyperplasie glandulaire, sous-muqueuse et périglandulaire.

F. — Enfin, nous basant sur le cas de tuberculose du col que nous avons nettement observé, nous décrirons une forme de tuberculose du col sur laquelle on n'a pas encore insisté. Nous l'appellerons *tuberculose interstitielle*, et à ce propos, nous allons rapporter l'observation que nous avons publiée, pièces à l'appui, dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, octobre 1907 :

OBSERVATION LXXXVII (personnelle). — Il s'agit d'une malade, Mme J:::, âgée de 37 ans, ouvrière en fourrures. Le père est mort à 44 ans d'une maladie de foie ; la mère à 65 ans d'un cancer du foie. Ils étaient 5 enfants, 2 sont morts en bas âge.

Réglée à 16 ans : régles régulières, peu abondantes, pas de pertes blanches.

Mariée, pas d'enfants.

Anémie vers l'âge de 18 ans ; à la même époque, bronchite de longue durée accompagnée de crachements de sang.

Vers l'âge de 23 ans, développement d'une adénite cervicale gauche. A la même époque, est soignée à la Pitié pour un début de mal de Pott, et reste 6 mois en corset plâtré.

Elle a été soignée il y 10 ans, pour une métrite et traitée par les injections et les crayons antiseptiques. Les phénomènes douloureux ont disparu, mais depuis cette époque, pertes blanches persistantes.

Depuis 3 ans, aménorrhée. Entrée à l'hôpital en février

1907, dans le service de M. Le Bec, avec le diagnostic de prolapsus utérin : le col se présentait à la vulve et la malade en éprouvait une sensation de gêne très pénible. L'examen local révéla qu'il s'agissait d'une hypertrophie simple sus-vaginale du col, de 4 centimètres. Le col était conique avec orifice petit.

La malade était en bon état général, mais présentait une adénite cervicale bilatérale très accentuée, les ganglions de la nuque sont gros, durs, mobiles. Il existe une adénite axillaire gauche et en même temps un ganglion gros comme un œuf de pigeon dans la fosse iliaque droite. Les adénites n'ont jamais suppuré.

L'opération est pratiquée par M. Le Bec, le 1er mars 1907. après section du col en deux valves, on tombe sur des noyaux blancs-jaunâtres, d'apparence de gomme tuberculeuse. Le produit caséeux est extrait à la curette et aux ciseaux. Le tissu avoisinant est très friable et rend difficile la suture de la muqueuse vaginale à celle de la cavité du col.

Pansement à la gaze iodoformée. Les jours suivants, l'on dut extraire à plusieurs reprises, au cours des pansements, des fragments de produits caséeux, jaunâtres, apparaissant dans les intervalles de la suture qui n'avait pu être rigoureusement exacte. C'est au cours d'un de ces pansements que fut recueilli avec soin le liquide qui s'écoulait de la plaie utérine et destiné à être inoculé au cobaye.

La malade sortit le 20 mars 1907, ne présentant plus aucun trouble fonctionnel.

Revue le 16 juillet : le col est ouvert en deux valves ; sur chacune d'elles existent quelques érosions, du côté droit quelques granulations jaunâtres. Au toucher, le corps de l'utérus est gros et les annexes à droite et à gauche sont volumineuses. Localement, la malade ne ressent aucun trouble et ayant été soumise à un traitement reconstituant, elle est en excellent état général.

L'examen histologique et les recherches bactériologiques furent pratiquées par M. Lorrain. La pièce examinée consiste

en plusieurs fragments du col de l'utérus, dont un assez volumineux, représentant la majeure partie de la portion vaginale du col de l'utérus avec son orifice.

Au niveau du trait de section postérieur, on voit du tissu caséifié.

Examen histologique. — Les coupes pratiquées dans la portion caséifiée, montrent : des fibres musculaires puis une zone formée de cellules embryonnaires et enfin une portion complètement nécrosée. Les cellules embryonnaires tendent, par place, à former des nodules arrondis et on peut y voir quelques cellules géantes. Des coupes ont été également pratiquées dans une portion avoisinant la cavité du col : sur ces coupes, on voit deux portions distinctes, d'une part des glandes dilatées et ramifiées (adénome), puis, d'autre part, un tissu inflammatoire formé de cellules embryonnaires et de tissu nécrosé ; on voit également, en plein tissu musculaire, plusieurs nodules embryonnaires et dans un de ces nodules deux cellules géantes. La recherche des bacilles de Koch, sur de nombreuses préparations à été nagative.

Le liquide recueilli dans la plaie utérine a été inoculé sous la peau d'un cobaye, le 23 mars 1907. Le cobaye a été sacrifié le 27 mai. Le péritoine pariétal était recouvert de granulations translucides, le foie était granuleux et la rate triplée de volume présentait des granulations caséeuses. Des frottis du caséum montraient de nombreux bacilles.

En résumé, disions-nous, il s'agit dans ce cas d'une tuberculose du col de l'utérus chez une malade présentant ou ayant présenté de multiples manifestations tuberculeuses et cependant en bon état général. Elle était accompagnée d'une hypertrophie du col, telle que la gêne résultant de cette hypertrophie était le symptôme principal présenté par la malade et l'ayant amenée au chirurgien. Cette forme hypertrophique, avec lésions interstitielles et intégrité apparente de la muqueuse vaginale du col fait qu'on pouvait difficilement la ranger dans une des trois formes qu'on a l'habitude d'admettre avec M. le

Professeur Pozzi ; la tuberculose miliaire, la forme ulcéreuse, et la forme bourgeonnante papillaire où les lésions prédominent au niveau de la muqueuse.

Dans deux cas, un de Kaufmann (observation XLII), l'autre de Mossler (observation LVII), les lésions étaient localisées dans la portion supra-vaginale du col et dans le cas de Kaufmann, il paraît bien s'agir de lésions interstitielles.

Ces tubercules peuvent se ramollir et donner naissance à des foyers gommeux constituant ainsi la gomme tuberculeuse du col. Les observations en sont rares et nous n'avons guère rencontré que les deux cas de Franqué (observation XXVII) et de Chéron (observation XI), qui puissent se rapporter à cette variété.

Dans deux observations Godard (observation XXIV) et Ménétrier (observation LIII', nous avons noté que la cavité du col était occupée par un bouchon caséeux que le microscope montra nettement constitué de produits tuberculeux.

En résumé, l'on peut observer au niveau du col, deux grandes formes de tuberculose ; l'une avec maximum des lésions au niveau de la muqueuse et se présentant sous les trois types de tuberculose miliaire, ulcéreuse, végétante ; l'autre à maximum des lésions dans le parenchyme de l'organe, constituant la forme interstitielle avec lésions allant du tubercule cru à la production gommeuse.

Au point de vue histologique, ce sont les productions spécifiques de la tuberculose en général, qui sont le plus souvent observées et permettent seules le diag-

nostic, mais nous avons été frappés de l'ensemble avec lequel les observations présentant un examen histologique un peu soigné, insistent sur la réaction inflammatoire portant sur le revêtement épithélial de la muqueuse, le chorion et surtout les glandes. Cet état des glandes du col, rend dans certains cas, ou la présence des bacilles où de cellules géantes manquent, le diagnostic particulièrement difficile avec l'épithélioma du col. Alterthum l'en différencie, par ce fait que dans la végétation glandulaire tuberculeuse, les productions épithéliales n'envahissent pas par effraction le tissu interglandulaire et que les membranes propres des tubes glandulaires restent toujours intactes.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans la majorité des cas, la tuberculose du col a été une découverte d'autopsie, une hypothèse émise à l'occasion d'un examen une surprise résultant d'une recherche de laboratoire faite avec l'idée qu'il s'agissait de toute autre affection. C'est qu'en effet, la tuberculose du col ne présente cliniquement que de bien rares signes et encore peut-on affirmer qu'aucun de ces signes n'est caractéristique.

Les signes physiques résultant de l'examen du col par le toucher et surtout par le spéculum sont de beaucoup les plus importants ; les troubles fonctionnels sont à prendre en considération, mais ne peuvent donner aucune précision. Nous allons néanmoins étudier sous ces deux chefs l'ensemble des symptômes que nous avons pu le plus fréquemment réunir.

A. — Tout d'abord, répétons que cette affection se rencontre dans la majorité des cas chez des individus ayant déjà présenté antérieurement diverses manifestations tuberculeuses dont on peut retrouver les stigmates ; chez

des prédisposés par l'hérédité, ou l'état général défectueux. Dans certains cas, cependant, le sujet est dit en bon état général. (observations XXX et LXXXVII), mais c'est là l'exception. Dans la plupart des observations, les malades perdaient leurs forces depuis quelque temps, elles maigrissaient, étaient anorexiques.

L'existence de fièvre est notée dans diverses observations, mais il est difficile de la rapporter à la tuberculose du col, en présence de tuberculose concomitante beaucoup plus grave des trompes ou du poumon.

B. — Les symptômes fonctionnels sont communs à toutes les formes de tuberculose que nous avons décrites au chapitre de l'anatomie pathologique.

a). Les malades se plaignent assez fréquemment, de pesanteur, parfois de douleurs dans le bas ventre et dans les reins ; parfois dans une des fosses iliaques droite ou gauche, douleurs exaspérées dans certains cas par la la fatigue (observations III, V, VI,IX, XXX; XXXII, LIX, etc.). On ne peut guère, avec certitude, attribuer ces phénomènes à la lésion dont le col est le siège, car la coïncidence de lésions tuberculeuses des annexes et du corps est à peu près la règle. Cependant, dans certaines observations de tuberculose primitive et localisée au col, on note, observation VIII, une douleur sacrée ; observation IX, une douleur dans la fosse iliaque gauche.

La douleur locale, spontanée, n'a jamais été signalée, cela se conçoit, le col étant si peu sensible que l'on peut couramment le saisir entre les mors d'une pince de Museux, sans qu'il en résultât pour la femme des sensations très désagréables. Dans certains cas, cependant,

le toucher a été douloureux (observation X : *tuberculose miliaire*) et (observation LI : *tuberculose ulcéreuse*), où le spéculum était douloureux. Mais encore dans ces deux observations est-il beaucoup plus probable que les phénomènes douloureux dont le siège exact n'est pas spécifié se rapportent à la distension des parois vaginales bien plutôt qu'au col.

Les malades atteintes de tuberculose du col présentent souvent des pertes :

b). Soit des pertes purulentes (obs. I et XIX), soit des pertes purulentes et fétides (Obs. III et XLVI).

Des pertes glaireuses, des pertes blanches, de la leucorrhée vulgaire, blanc ou blanc-jaunâtre, comme nous l'avons noté dans de nombreuses observations et en particulier dans les observations VIII, IX et LXXI, où il s'agissait de tuberculose primitive et uniquement cervicale.

Soit de pertes sanguines : ménhoragiques dans les observations XIX, XXXVII ; métrorrhagiques (observations XIII, XXXVIII, XLVII, XLVIII, LIV, et LXXXV) ; blanches striées de sang (observations L et LXI). Ces écoulements sanguins s'observent de préférence dans la forme végétante où nous les avons constatés dans 7 observations contre 4 dans la forme ulcéreuse. Ils peuvent aussi être rapportés aux lésions tuberculeuses concomitantes des voies génitales supérieures ; cependant, dans les observations LV et LXXXV de tuberculose primitive du col, les règles étaient irrégulières, fréquentes, abondantes.

c). Nous rappellerons ici qu'au chapitre de l'étiologie,

nous avons fait remarquer le retard de l'instauration menstruelle chez beaucoup de malades, en même temps que l'existence de périodes d'aménorrhée inexplicables.

C. — Les signes physiques sont fournis par le toucher et le spéculum.

a). Le *spéculum* donnera les renseignements les plus précieux ; c'est d'après les renseignements fournis par lui, que nous avons fait au chapitre de l'anatomie pathologique, l'étude macroscopique des lésions et nous rappelons que nous avons distingué :

La forme ulcéreuse ;

La forme miliaire ;

La forme végétante : végétante fongueuse et néoplasique.

La forme catarrhale de Schütt, véritable cervicité tuberculeuse, dont la tuberculose inflammatoire néoplasique, selon les idées de Poncet ne serait qu'un dérivé.

La forme interstitielle, que nous appellerons ici hypertrophique, à cause de son principal symptôme (l'augmentation de volume de l'organe).

Cette dernière sera plus facilement diagnostiquée par le *toucher* et nous allons étudier maintenant les renseignements fournis par ce mode d'exploration :

b). Dans certains cas, il permettra de reconnaître un col criblé de productions de la grosseur d'un grain de plomb et de consistance différente de celle des tissus avoisinants ; dans d'autres, une ulcération donnera au doigt qui explore une sensation spéciale de velouté, de mollesse tout à fait différente de celle fournie par un col normal. Dans une observation (LI), les limites qui

en étaient indurées, à bords relevés, purent être déterminées par le toucher ; dans le cas de tuberculose végétante, le doigt arrivera sur une production irrégulière fongueuse, provoquant parfois un saignement (observation XXXI), ayant parfois envahi tout le col qui ne présente en aucun point sa consistance normale (col en champignon). Dans la forme néoplasique, la production néoplasique sera mieux perçue, sa consistance molle, mûriforme, son siège d'implantation déterminés.

Existe-t-il des *formes cliniques* de la tuberculose cervicale ? Nous en décrirons trois :

a). La *tuberculose cervicale pure* répondant aux quelques observations que nous avons pu réunir de tuberculose primitive.

b). La *tuberculose cervico-utéro-annexielle*, réunissant les lésions bien connues des tuberculoses annexielles et corporéales avec les différentes variétés de tuberculose cervicale et que nous venons d'étudier.

c). Enfin la *tuberculose cervico-vaginale* beaucoup moins bien connue parce que les lésions cervicales et les lésions vaginales tuberculeuses sont elles-mêmes peu connues et sur laquelle nous allons, empruntant un passage de la thèse de Dervaux, nous étendre un peu plus longuement.

« D'après cet auteur, on ne trouve pas de tuberculose vaginale sans tuberculose cervicale, sauf dans des cas exceptionnels. L'origine de cette variété doit être rapportée au système circulatoire... C'est une maladie qui

au point de vue clinique présente deux formes, selon sa marche aiguë ou chronique.

L'aspect des lésions varie avec l'époque de leur évolution. Simple infiltration de la région au début, elle ne présente que les signes banaux du catarrhe du col, avec un peu plus de vascularisation des culs-de-sac, de l'hypertrophie du col, de l'érosion de ses lèvres qui sont parfois irrégulières et un peu déchiquetées... Elle répond microscopiquement à une abondante infiltration leucocytaire de la muqueuse et du col lui-même avec de loin en loin quelques cellules géantes... Dans une variété un peu particulière décrite par Schütt, l'infiltration leucocytaire et microbienne est maximum au pourtour des glandes::: D'ordinaire, l'infection n'est pas aussi confluente. Les follicules se forment plus nombreux, se développent, ils se présentent sur une muqueuse enflammée et rouge avec l'aspect de petits grains grisâtres, jaunâtres, se laissant déchiqueter avec une épingle, sans donner de caséum. Livrés à eux-mêmes, ces éléments s'ulcèrent, se rident, donnant des ulcérations à fond grisâtre, à pourtour enflammé, infiltré, à bords taillés à pic, indurés... Le développement de ces ulcérations forme la variété polyulcéreuse de certains auteurs. Mais confluentes, proches voisines, elles se fusionnent de façon à donner une grande perte de substance à bords serpigineux, empiétant sur le vagin et surtout sur sa face postérieure, pouvant atteindre les bords de l'orifice hyménéal. Cette forme de tuberculose cervico-vaginale avec médiocre réaction lymphocytaire semble comporter un pronostic sévère, car elle se diffuse

facilement. L'extension se fait par continuité de tissus, par voie lymphatique.

La marche aiguë de la maladie est caractérisée anatomiquement par la rapidité d'évolution des éléments et le semis nombreux qu'ils forment. En clinique, la forme aiguë n'offre guère d'intérêt. Incidente au cours d'une maladie aiguë, elle passe inaperçue. Quelquefois l'abondance de la leucorrhée appelle l'attention et on constate à l'examen direct un vagin rouge, douloureux, supportant mal le spéculum. Le col et la portion supérieure du vagin sont rouges, couverts de granulations et d'ulcérations très superficielles commençant au méat et couvrant une partie de la face postérieure du vagin à l'exclusion souvent de la face antérieure.

La forme subaiguë, n'a pas de caractère propre, sauf peut-être l'irrégularité du col et son aspect déchiqueté. La leucorrhée est abondante et continuelle et précède quelquefois les règles.

La période ulcéreuse est plus facilement diagnosticable, les caractères de l'ulcération, la présence de granulations signalées par Cornil, que l'on peut déchiqueter en faisant sourdre du caséum, les bords polycycliques de la lésion, la généralisation tuberculeuse, l'invasion du vagin peuvent faire penser à la tuberculose dont le microscope établira définitivement l'existence ».

En résumé, l'on peut conclure de cette étude, que ni les troubles fonctionnels qui accompagnent le développement d'une tuberculose au niveau du col, ni l'examen direct du col ne permettent d'affirmer la nature tuberculeuse de lésions observées à ce niveau. Il est indis-

pensable pour établir ce diagnostic d'adjoindre à la clinique le secours du laboratoire. Ce sont ces procédés d'exploration que nous allons étudier dans le chapitre suivant du diagnostic.

DIAGNOSTIC

Lorsque le clinicien se trouve en présence d'une altération du col pouvant se rapporter à l'une des variétés de tuberculose que nous avons décrites à cet organe, il doit avoir présent à l'esprit pour les éliminer, toute une série d'affections avec lesquelles elle pourrait êtré confondue. Nous ferons ce diagnostic différentiel à propos de chacune des formes que nous avons reconnues au chapitre de la symptomatologie.

I. — Diagnostic différentiel

A. — Si l'on se trouve en présence d'un col, recouvert d'un semis de granulations semi-transparentes, l'on aura à différencier cette forme miliaire :

a). D'une poussée d'herpès : dans ce cas, les vésicules sont moins résistantes que les granulations tuberculeuses, elles siègent simultanément à la vulve, elles provoquent de la cuisson, dépendent d'un molimen menstruel et s'accompagnent de réaction fébrile. De plus, l'évolution en est très rapide, elles aboutissent vite au stade ulcéreux, puis à la guérison.

b). Avec l'éruption vésiculaire résultant d'un zona :

dans ce cas ,l'unilatéralité de l'éruption, l'intensité des douleurs permettent le diagnostic.

c). Avec le kyste folliculaire du col répondant à ce qu'on appelle vulgairement des œufs de Naboth, simulant parfois une sorte d'éruption. Le contenu de ces productions qui sont des glandes dilatées est glaireux et blanchâtre.

B. — S'agit-il d'une ulcération siégeant au niveau du col ? L'on doit successivement éliminer :

a). Les lésions d'origine inflammatoire comprenant : L'*érosion* consistant en une simple modification histologique de la muqueuse qui devient cylindrique et est de coloration moins lisse et plus rose que la muqueuse avoisinante.

L'*ulcération* où il y a destruction des couches superficielles de l'épithélium, elle résulte d'un processus de métrite chronique, elle est plus superficielle et ne présente pas des bords taillés à pic comme l'ulcération tuberculeuse ; elle est tantôt granuleuse et après avoir enlevé le muco-pus qui le recouvre, on se trouve en présence d'une surface présentant l'aspect de peau d'orange à la coloration près ; tantôt fongueuse et recouverte de bourgeons charnus à la façon d'une plaie en voie de cicatrisation.

L'*ectropion* résulte d'une éversion de la muqueuse cervicale et l'on pourra facilement le différencier par sa continuité avec la muqueuse de l'orifice cervical et son siège au pourtour de cet orifice.

Les érosions du col observées au cours d'une blennhorragie aiguë seront diagnostiquées par l'existence

d'une vulvo-vaginite concomitante et la détermination de la nature bactériologique de l'écoulement.

b) A cette question se rattache celle des ulcérations d'origine vénérienne :

Le *chancre syphilitique* du col est rare, le plus souvent unique, il se présente sous deux formes : ou bien il est excentrique à l'orifice utérin ; c'est un chancre en plateau nettement délimité, légèrement surélevé, de surface plane, d'aspect lisse et uni, sa couleur gris bandagé tranche sur la convexité rose du col utérin ;lorsqu'il est à peu près concentrique à l'orifice utérin, il peut être d'apparence rouge, lavé qu'il est par les sécrétions d'origine utérine. L'induration qui est donnée comme signe caractéristique est difficile à percevoir au niveau du col. Cependant, on peut sentir le col plus ferme que normalement ou bien si la femme étant enceinte il a participé au ramollissement qui atteint les voies génitales, il donnera une sensation spéciale de carton mouillé. L'adénopathie ici manque, et l'on ne saurait percevoir ni les ganglions pelviens, ni même le bubon préutérin signalé par Lucas-Championnière.

La *chancrelle* causée par l'action pathogène du bacille de Ducrey est un ulcère à fond ordinairement jaune, toujours irrégulier ; les bords en sont roses, nets, irrégulièrement frangés. Indolente. D'ordinaire multiple. Ce chancre simple peut devenir phagédénique.

Le *chancre mixte*, peut, d'après Rollet, exister au niveau du col comme à la vulve.

Le diagnostic est encore à faire avec certaines *syphilides* :

Les syphilides érosives qui sont des plaques d'un beau rouge, circulaires et nettement limitées.

Les syphilides opalines, traçant sur le museau de tanche des cocardes rondes, à anneaux concentriques alternativement roses et opalins.

Les syphilides diphtéroïdes, recouvertes d'une couenne blanche. diphtéroïde, épaissie, plissée.

Les syphilides papuleuses ou papulo-érosives ; saillie nette, convexe, granuleuse, de couleur gris pâle ou blanc laiteux:

Les syphilides ulcéreuses proprement dites, rougeâtres, lisses, unies, difficiles à distinguer d'une banale ulcération de métrite.

La syphilis tertiaire ulcéreuse du col.

c) Les lésions ulcéreuses en rapport avec les phénomènes obstétricaux :

La *déchirure* produite au cours d'un accouchement, et facile à reconnaître à son siège d'ordinaire à gauche.

Les *lésions traumatiques* du col produites au cours de manœuvres obstétricales, telles les piqûres, coupures, résultant de manœuvres criminelles d'avortement.

Les *escarres du col*, fréquentes au cours de l'infection puerpérale : le col est béant et mou, il y a des sécrétions fétides, après l'ablation de l'escarre, il existe de petites dépressions du col, criblées de lambeaux pseudo-membraneux.

Enfin, l'*ulcération gravidique du col* décrite par Boys de Lamy et Costilhes, en 1843, sur un col mou, violacé; ulcération de forme irrégulièrement circulaire, d'aspect

fongueux et végétant recouverte de bourgeons charnus d'un rouge très vif (Delaunay : *Diagn. des ulcérat. du col, Gaz. Hôp.*, 1905).

d). Des lésions d'ordre néoplasique :

Une *leucoplasie* siégeant sur le col, soit qu'il s'agisse de leucoplasie de la portion vaginale ; soit qu'il s'agisse de leucoplasie du canal cervical (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominalé*, 1905).

L'*ulcération cancéreuse du col* est le diagnostic le plus important avec celui fait au sujet du chancre. Elle se traduit par un écoulement fétide, des hémorrhagies se reproduisant à chaque instant ; le col est dur, d'une dureté ligneuse. Si l'on explore le col point par point avec une pince à pansement ou un hystéromètre, on voit, ainsi que l'a fait remarquer Thibierge, qu'à l'inverse de ce qu'on observe dans le chancre, la zone d'induration locale dépasse largement et irrégulièrement les limites de l'ulcération.

e). Enfin, le diagnostic est encore à faire :

Avec des *vésicules d'herpès ulcéré*. Ces ulcérations se recouvrent souvent de fausses membranes, les contours en sont polycycliques, le fond est rouge vif, granuleux. L'éruption, comme le fait remarquer Bruneau, semble occuper avec prédilection la lèvre postérieure du col.

Les kystes folliculaires précédemment décrits, peuvent aussi s'éroder et donner naissance à de petites ulcérations constituant l'acné du col.

C. — En présence d'un col végétant, deux cas peuvent se présenter :

a). Ou bien il s'agit de végétations diffuses répondant à la variété fongueuse et il faut alors éliminer les végétations simples du col qui se produisent au cours de la blennorrhagie ou pendant une grossesse et coexistent avec des végétations vulvaires ou vaginales.

L'hypertrophie folliculaire métritique de Pozzi qui est constituée par la présence de végétations sur un col mou, de consistance uniforme, ne saignant pas à l'exploration.

Le sarcome diffus.

b). Ou bien il s'agit de végétations néoplasiques et le diagnostic est à faire avec :

Le *sarcome végétant* ; il a un aspect classique de grappe de raisin implanté sur un col dont la consistance est restée normale ; le siège habituel de l'implantation du sarcome est à la face interne du canal cervical et sur la lèvre postérieure.

Les *polypes bénins du col* : polypes fibreux ou polypes muqueux.

Le diagnostic clinique le plus important est celui entre la tuberculose végétante et le *cancer*.

Les signes différentiels principaux sont réunis dans le tableau suivant :

CANCER	TUBERCULOSE
Age avancé (40 à 45).	Manifestation bacillaire antérieure.
Pertes séreuses-sanguines.	Age plus jeune.
Hémorragies fréquentes.	Pertes franchement purulentes.
Pertes fétides.	Hémorragies légères.
Douleurs plus intenses.	Pertes non fétides.
Toucher indolore.	Douleurs moins intenses.

CANCER	TUBERCULOSE
Fièvre rare et seulement dans le cas de pyométrie.	Toucher sensible.
Masse fongueuse, molle.	Fièvre parfois provoquée par le toucher.
Friabilité au toucher (signe de Laroyenne).	Masse uniforme, lisse, élastique, polie.
Base indurée.	Repose sur base souple.
Marche rapide de l'affection.	Longue durée de l'affection.

D. — Si l'on est en présence d'une forme hypertrophique, il faudra songer à la possibilité du développement :

D'une *infiltration cancéreuse du col* qui n'a pas encore atteint son stade d'ulcération ;

D'une *hypertrophie sus-vaginale du col.*

L'hypertrophie qui accompagne de fréquentes poussées de métrite au niveau du col.

Le développement d'un *fibrome* dans l'épaisseur du col.

L'hypertrophie simple localisée à l'une des lèvres du col.

Une *gomme* développée dans l'épaisseur du parenchyme de cet organe.

E. — La forme inflammatoire de la tuberculose du col sera à différencier de la cervicité simple.

Nous venons de voir par ce simple exposé la complexité du diagnostic clinique de la tuberculose du col de l'utérus. Dans notre étude symptomatologique, d'autre part, nous n'avons pas rencontré un seul symptôme pathognomonique ; leur ensemble seul joint à un exa-

men complet de l'organisme au point de vue tuberculose permet de supposer la nature spécifique de l'affection.

II. — Diagnostic Positif

Le diagnostic positif, ne pourra donc être fermement établi qu'à l'aide de recherches de laboratoire et l'on pourra successivement avoir recours.

A l'ophtalmo-réaction qui ne donnera que des indications sur l'infection tuberculeuse de l'organisme en général ;

A l'épreuve de la tuberculine qui, dans le cas de processus tuberculeux amènera une réaction inflammatoire caractéristique au niveau du col. Cette exploration ne sera pas sans danger étant donné que dans la majorité des cas, il s'agira d'une tuberculose secondaire.

La culture sur sang gélosé faite avec des liquides s'écoulant du col, sera peu démonstrative, car, dans beaucoup de cas, elle sera négative, bien que la lésion fut de nature tuberculeuse, gênée qu'elle sera par la présence d'infection secondaire si fréquente en ce milieu. De plus, rien ne prouve que le liquide recueilli au niveau du col, ne provient pas des voies génitales supérieures infectées.

Le séro-diagnostic (observation de Cotte), le cyto-diagnostic (présence de lymphocytes), faits avec les liquides s'écoulant du col ne donneront pas de résultats d'une valeur supérieure.

L'inoculation au péritoine du cobaye, sera une méthode en tout cas plus sensible, mais exposée aux mêmes causes d'erreur que les deux précédentes.

Le *procédé de choix*, le seul capable de donner un résultat absolument démonstratif sera l'épreuve inoffensive de la *biopsie* consistant à recueillir par excision ou curettage, un fragment des tissus suspects et à y rechercher sur des coupes la présence de cellules géantes et surtout de bacilles.

PRONOSTIC, MARCHE, COMPLICATION

Sans être aussi sombre que celui de la tuberculose pulmonaire étant donné la différence d'importance des organes la tuberculose du col par ce fait que dans la majorité des cas elle n'est qu'une tuberculose secondaire, coïncidant avec des lésions de même nature des annexes, du péritoine ou d'un organe plus éloigné comporte un pronostic grave, exception faite pour le cas de tuberculose primitive ou un diagnostic précoce suivi d'une opération radicale à bref délai pourra prévenir l'infection de l'organisme.

Souvent les malades sont mortes par les progrès de l'infection tuberculeuse ; dans certains cas (observation XXVII), par exemple, un essai de traitement n'a réussi qu'à provoquer une poussée aiguë de tuberculose pulmonaire ; dans un autre (observation LXXXVI), une poussée de granulie.

Cependant on a noté une amélioration sous l'influence d'un traitement bien dirigé et, avec toute variété de traitement (médical ou chirurgical) : ainsi par l'excision (obs. XIII), par le curettage (obs. LX), la teinture d'iode (obs. V).

Des guérisons même, vérifiées plusieurs années après l'opération ont été signalées ; ainsi après l'hystérectomie vaginale (XVII, XIX, XX, XXXIII) ; l'amputation haute du col dans les observations XXII, XXV,XXX, etc., ; la cautérisation ; l'application de teinture d'iode, de formol, de potasse, de nitrate d'argent (observations XX, XLIX, LXXX).

A côté de ces cas favorables, on a eu des désastres ; ainsi dans l'observation IV, où la malade meurt 6 heures après l'opération, sans doute pratiquée dans des conditions générales trop défectueuses ; dans les obs. XVIII, LXXI, LXXIV ; dans une observation (obs. LXI), où la malade meurt tout à coup de métrorrhagie à sa sortie de l'hôpital, où elle avait subi une hystérectomie vaginale.

Dans l'observation LXXXV, la malade paraît avoir fait une récidive tuberculeuse dans le pédicule résultant de l'hystérectomie vaginale qu'elle a subie.

Livrée à elle-même, la tuberculose du col a une marche essentiellement chronique, elle évolue parallèlement à l'infection tuberculeuse de l'organisme qui finit par emporter la malade en se localisant sur des organes plus essentiels.

Les complications locales dépendant de la tuberculose du col sont rares.

On a signalé (Dervaux), une infection par les voies lymphatiques, aboutissant, soit au phlegmon péricervical, se traduisant par des douleurs vives, de la fièvre, du ballonnement du ventre, l'existence d'une tumeur abdomino-vaginale fluctuante, qui s'ouvre dans les organes voisins, le rectum, le vagin.

Dervaux cite trois cas de cette affection qu'il considère comme rare (Fernet, Tillaux, Beyea). C'est par cette voie lymphatique que se contaminent les ganglions iliaques et que se fait dans bien des cas la généralisation aux voies génitales supérieures et au péritoine qui est la plus fréquente.

TRAITEMENT

Quelle sera la conduite du praticien en présence d'un cas de tuberculose diagnostiqué du col ?

Les indications nous paraissent variables, selon que la forme observée paraît répondre à l'une des trois grandes formes cliniques que nous avons reconnues au chapitre de la symptomatologie.

Tout d'abord, signalons pour n'avoir plus à y revenir, l'utilité dans tous les cas d'un *traitement général* ne différant en rien de celui qu'on a l'habitude d'appliquer à la tuberculose d'autres organes : alimentation, repos, grand air, cure marine ou salée dans une station chloruro-sodique.

1er Cas. — S'il est une forme clinique où l'on doive intervenir, c'est bien lorsqu'il s'agit d'un de ces cas de tuberculose primitive où un traitement hâtif pourra prévenir l'infection de l'organisme.

Selon l'aspect présenté par les lésions, on aura recours à divers traitements locaux *d'ordre médical*, tel le traitement par les topiques (teinture d'iode, nitrate d'argent, formol, potasse, etc.) ; qui ont été successivement em-

ployés) ; la cautérisation au thermo-cautère a été particulièrement recommandée par J. L. Faure, qui la considère comme le procédé de traitement le plus simple et le plus sûr. L'on pourra aussi essayer ou combiner à ces méthodes des méthodes plus modernes, telle la méthode de Bier, qui consisterait à englober le col dans une ventouse ; ou même, la méthode sclérogène de Lannelongue, qui consisterait à faire dans l'épaisseur des lèvres du col des injections de chlorure de zinc. Mais dans ce cas, il faudrait prendre grand soin de n'appliquer ce traitement que chez des femmes dont la vie puerpérale est finie, afin d'éviter les dangers qui pourraient résulter pour celles-ci d'un accouchement ultérieur avec un col sclérosé.

Si les lésions sont rebelles au traitement médical, si elles sont profondes ou paraissent avoir envahi la muqueuse cervicale créant des dangers par continuité de muqueuse pour la cavité corporéale et les trompes, il faut recourir sans hésiter au *traitement chirurgical* qui sera radical et consistera ici dans l'amputation haute du col qui a donné d'excellents résultats, en particulier dans les observations XXII, XXV, XXX.

2e Cas. — Supposons qu'il s'agisse de tuberculose cervico-vaginale. Dans ce cas, les applications répétées de pointes de feu sur les régions envahies, le grattage des ulcérations joint à l'application de topiques, à l'aide de tampons ou de tamponnements, des injections antiseptiques nous paraissent être le seul traitement applicable.

3e Cas. — Mais, le plus souvent, il s'agira de lésions si-

multanées du col, du corps, des annexes, souvent du péritoine. Quelle conduite tenir ?

a). Deux cas se présentent : ou bien l'état général de la malade, l'existence d'une autre tuberculose viscérale contre-indique tout traitement chirurgical et l'on se bornera alors au curettage de fongosités, à des irrigations antiseptiques quotidiennes.

b). Ou bien la malade est en état de subir une opération et l'on a lieu de supposer que ce foyer d'infection supprimé, elle pourra se relever. Dans ce cas, rien ne servirait d'agir sur le col seul et de laisser plus profondément un foyer d'infection autrement dangereux. Ici se pose la question de l'hystérectomie totale avec ablation des annexes. Mais quelle voie suivra-t-on de préférence ? L'une et l'autre nous paraissent conserver leurs indications.

Si nous nous reportons aux observations, nous voyons que la *voie vaginale* a été le plus souvent suivie (15 observations), et avec un excellent résultat dans un grand nombre de cas (observations XVII, XIX, XXI, XXXI, XXXIII, XXXV, XLVI, LV), où les suites opératoires étaient notées. Elle nous paraît l'intervention de choix dans les cas où les trompes paraissent encore mobiles et ne constituant pas de ces volumineux pyosalpinx que les manœuvres opératoires risqueraient de rompre.

De l'*hystérectomie abdominale* qui a été pratiquée dans les observations II, XVIII, LXXIV, nous paraissent, au contraire, relever les cas de tuberculose du col en coïncidence avec de volumineuses salpingites, friables, adhé-

rentes à l'intestin et dont la libération ne pourra se faire avec toute sécurité que sous le contrôle de la vue.

La *voie vagino-abdominale* pratiquée dans les observations IX, XXXVI, et LXI, sera suivie dans les cas où, trompés par l'examen clinique, au cours de l'intervention la voie aginale, après exploration par colpotomie postérieure, ne paraîtra plus praticable sans dangers.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (résumée d'après Pollosson et Violet, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1907). — Ascar Altilio, *Medical Blœtter*, 8 janvier 1906. — Femme âgée de 26 ans, trois accouchements.

Depuis un an et demi, douleurs et pertes purulentes abondantes. Aménorrhée.

Tuberculose ulcéreuse du col et du corps. Extirpation vaginale ; trompes et ovaires malades.

Quinze jours après l'intervention, apparition de phtisie pulmonaire.

Mort 53 jours après l'opération.

OBSERVATION II (Adenot, *Gazette hebdomadaire*, 1902) (Résumée). — Femme âgée de 17 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service du Professeur Poncet.

Réglée à 15 ans et demi très irrégulièrement. Il y a deux mois, premiers phénomènes péritonéaux ; actuellement, signes de tuberculosse péritonéale ascitique.

Laparotomie. Mort deux mois après par progrès de tuberculose

A l'autopsie : toute la muqueuse du corps utérin est infiltrée de tuberculose, aspect granuleux ; col : la muqueuse est

de teinte rouge foncé, sur laquelle se détache une petite ulcération jaunâtre, lenticulaire et quelques taches jaunâtres, ponctiformes. On prend pour l'examen histologique un fragment de cette dernière partie où les lésions paraissent à leur début. afin de les comparer à celles venant du corps de l'organe.

Tuberculose pleuro-pulmonaire et péritonéale. Lésions des annexes gauches principalement.

Histologiquement : au niveau du corps, caséum et zones d'hyperplasie cellulaire avec cellule géante ; au niveau du col hyperplasie cellulaire avec des cavités glandulaires exubérantes, tapissées par un épithélium à cellules cylindriques. Ces cavités sont remplies de cellules.

OBSERVATION III (Beyea, *Annales de Gynécologie*, 1900) (Résumée). — Américaine de 23 ans. Antécédents non tuberculeux.

Règles à 18 ans, peu abondantes, revenant tous les 2 à 5 mois. Jamais réglée depuis son mariage, pas de grossesse. Leucorrhée fétide et profuse, depuis environ trois ans. Elle ressent sans rapport avec ses règles des douleurs dans le côté gauche du ventre.

Le médecin qui l'examine à ce moment, trouve la portion vaginale du col ferme, indurée et le siège d'une production pathologique saignant facilement au toucher.

A l'entrée à l'hôpital, douleurs dans la région inguinale gauche, douleurs dorsales et sacrées, perte de forces.

Examen vaginal : portion vaginale du col irrégulière et très hypertrophiée. Muqueuse du col en bordure de l'orifice externe, érodée et rouge vif. Cavité cervicale paraissant dilatée et le doigt explorateur découvre une production irrégulière, papillaire, de la grosseur d'une noix, prenant racine dans la paroi postérieure du col, au voisinage de l'orifice externe. Elle emplissait et dilatait le col et de la paroi postérieure proéminait dans le vagin.

Utérus en rétroversion au deuxième degré, légèrement mobile et de très petit volume. Ovaire gauche prolabé et adhérent en arrière de l'utérus.

Le diagnostic différentiel est fait entre syphilis et adénome malin du col, et l'auteur arrive à cette conclusion qu'il s'agit de tuberculose du col, rétroversion de l'utérus, tuberculose des annexes.

Biopsie confirme le diagnostic.

Opération. — Curettage, opération haute du col, salpingo-phorectomie bilatérale.

Examen microscopique. — Coupes longitudinales parallèles à la direction du canal cervical. Epithélium squameux de portion vaginale du col, présente prolifération, et en certains points destruction. Au-dessous de l'épithélium squameux, infiltration de cellules rondes et leucocytes. Stroma : cellules rondes, leucocytes polymorphes, infiltration de tubercules avec quelques cellules géantes. Mêmes lésions dans tissu musculaire Lésions histologiques tuberculeuses des trompes.

OBSERVATION IV (Boldt, Section gynécologie et accouchements, de l'Académie de médecine de New-York, novembre 1902) (Résumée d'après *Monatschrift und Gynécologie*, 1902).

Tuberculose de l'endomètre du col, des annexes succédant à une pleurésie. Le diagnostic est établi d'après les éléments résultant du grattage de l'ulcération du col. Mort 6 heures après l'extirpation totale. Aucune coupe.

OBSERVATION V (Bouffe, d'après thèse Derville) (Résumée). — Malade de 36 ans. Antécédents héréditaires tuberculeux.

Réglée à 16 ans, régulièrement jusqu'à 35. Le mari a des noyaux dans l'épididyme.

Il y a 18 mois, douleurs dans le bas ventre et dans les reins. Ecoulement de mucosités épaisses mélangées de pus rosé.

Il y a 5 ans, on porte le diagnostic de métrite ulcéreuse du col. Trois mois après, en février 1887, on constate sur le col

une ulcération occupant la lèvre postérieure, le fond est rose vif, les bords en sont à pic, grisâtres, présentant une apparence cicatricielle. Dans le liquide verdâtre suintant qui en sort, on trouve des bacilles. Sous l'action de badigeonnages à la teinture d'iode, paraît s'améliorer.

OBSERVATION VI (Bouilly, *in Thèse* Leuret, 1903). — Joséphine C.... 26 ans, journalière. Entrée le 16 décembre 1901.

Mère morte bacillaire, une sœur morte bacillaire. 5 autres frères et sœurs bien portants.

Petite vérole à 8 ans. A 14 ans ascite avec œdème des membres inférieurs, long prisme de la face.

Réglée à 18 ans ; toujours bien réglée, mais règles peu abondantes, leucorrhée persistante.

Mariée 21 ans ; un enfant à 22. Couches difficiles. Souffre du ventre depuis cet accouchement, principalement du côté droit.

Au toucher : rien dans le parametrum.

Au spéculum : on constate l'existence sur la lèvre postérieure du col, d'une ulcération grosse comme l'ongle du petit doigt, à bords taillés à pic, déchiquetés, à fond jaunâtre.

21 Décembre : curettage, puis excision au bistouri de l'ulcération et suture par un catgut transversal. A ce moment, on sent dans le cul-de-sac une grosse masse annexielle probablement bacillaire. L'examen de la portion du col enlevée montra qu'il s'agissait d'une lésion bacillaire.

OBSERVATION VII (*in Thèse* Braye) (Résumée). — 24 ans. Entre le 12 février 1889 dans le service du Professeur Cornil.

Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 13 ans.

Octobre 1888, fausse-couche de 4 mois, hémorrhagies, fièvre, douleurs. Reste trois mois avec des pertes blanches. Quinze jours après, amaigrissement, fièvre, douleurs, ventre gros. 12 mars : craquement aux deux sommets.

13 Avril : Mort.

A l'examen : empâtement du cul-de-sac postérieur et latéral droit ; présence d'ulcérations grosses et mollasses sur les deux lèvres du col.

Autopsie. — Péritonite tuberculeuse ; salpingites à contenu caséeux ; ovaires caséifiés.

Surface intérieure de l'utérus recouverte de bourgeons développés surtout au point d'insertion du placenta. Sur ces bourgeons, granulations et masses caséeuses.

Sur la portion utérine du col : bourgeons plus récents. Ulcération de la portion vaginale du col avec corps jaunâtres.

OBSERVATION VIII (Brooh, *Obstetrical society of London*, 6 mai 1903. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1903. — Une femme de 50 ans se plaint de leucorrhée, de douleurs dans la région sacrée, d'amaigrissement. Elle a eu un enfant à l'âge de 21 ans et ensuite quatre fausses couches, dont la dernière il y a 12 ans. Porte un pessaire pendant un an après.

Il y a cinq ans, curettage pour endocervicite. Règles irrégulières ces trois dernières années, mais pas de pertes.

Père et mère morts de phtisie à 40 et 36 ans.

Rien du côté du poumon.

En examinant le col de l'utérus, on trouve sur la lèvre antérieure une ulcération circulaire à bords déchiquetés. Le tissu de voisinage paraît être soulevé. La surface de l'ulcération est granuleuse, pâle. Il n'y avait pas d'induration du col qui saignait à peine à l'exploration. L'utérus était normal, mobile. Pas d'adénopathie.

L'ulcère présentait plutôt les apparences du lupus vulgaire. L'examen microcopique plaidait en faveur de la tuberculose.

Opération le 12 mars. Toute la zone affectée a été excisée. Badigeonnage au phénol iodé. Comme il n'y avait nulle part

trace de tubercules, il s'agissait évidemment d'une lésion primitive.

Le 26 mars, le col présentait toujours l'apparence d'un ulcère indolent, avec des bords très découpés et déchiquetés et en surplus la lèvre postérieure paraissait également atteinte.

Hystérectomie le 4 avril. En examinant la pièce, on constatait que la lésion était limitée au col et s'étendait un pouce au-dessus du canal. Utérus sain. Les ovaires sains avaient été laissés.

Sur la coupe, on voyait au microscope des cellules géantes, caractéristiques dans la couche sous-muqueuse du col.

Guérison. Relèvement de l'état général de la malade.

OBSERVATION IX (Brouha, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1902). — Malade de 41 ans. Hérédité suspecte, antécédents collatéraux tuberculeux, premier mari mort de tuberculose.

Réglée à 16 ans et irrégulièrement. Pleurésie. Subi en mai un curettage pour endométrite hémorrhagique. 4 enfants et une fausse couche.

Actuellement légères pertes leucorréiques ; douleurs particulièrement dans la fosse iliaque gauche, exaspérées par la fatigue Bon état général.

Toucher : empâtement diffus et douloureux des culs-de-sac latéraux ; corps normal, un peu sensible.

Spéculum : sur la portion droite de la lèvre antérieure du col, ulcération superficielle, bords taillés à pic, fond rouge. Sur la portion moyenne de cette lèvre, très petites pertes de substance qui lui donnent un aspect ponctué.

Biopsie : ulcération tuberculeuse type et bacilles de Koch.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Examen des pièces : sur la lèvre antérieure du col, à un demi centimètre environ de l'orifice externe, s'observe une perte de substance en entonnoir, à base répondant à la surface du canal cervical et dont le sommet s'enfonce perpendi-

culairement dans l'épaisseur de la paroi du col. La surface de cette cavité est dilacérée. A son pourtour, suivant une épaisseur variable, le tissu fibreux du col se trouve remplacé par une zone homogène tranchant nettement sur les régions voisines.

Au microscope : 1° Sur une coupe au niveau de la perte de substance imfundibliforme, dans la zone inflammatoire on a daux sortes de groupements cellulaires : des nodules de cellules épithélioïdes et lymphoïdes, mais sans cellules géantes dans la zone entravant directement la perte de substance, quelques-uns de ces groupements paraissent en dégénérescence ; dans la profondeur, c'est-à-dire vers la surface externe de la paroi cervicale, au milieu du tissu fasciculé normal, des groupements de cellules géantes avec cellules épithéliales et lymphoïdes. Le segment supérieur du canal cervical, de même que la paroi postérieure et latérale sont indemnes ; 2° muqueuse cervicale : lésions d'autant plus accentuées qu'on se rapproche de la perte de substance ; dans le stroma, tubercules élémentaires appliqués contre les culs-de-sac glandulaires ; glandes hypertrophiées et hyperplasiées, cellules glandulaires peu modifiées ; 3° coupes sur portion périphérique du col : infiltration inflammatoire et groupements du type nodulaire sans cellules géantes.

Muqueuse corporéale et annexes indemnes de lésions tuberculeuses.

Donc tuberculose génitale dont la localisation initiale reconnaît comme siège la paroi du canal cervical de l'utérus, chez une femme que l'examen clinique déclare indemne de toute autre affection bacillaire, mais ayant vécu en commun avec un homme atteint de tuberculose.

OBSERVATION X (Buscarlet, *Bulletins de la Société anatomique*, 1890) (Résumée). — Femme de 56 ans, entrée en 1890, à Necker, service Rendu, pour bronchite.

7 enfants : 5 morts en bas-âge, un âgé de 18 ans et tuber-

culeux. Tousse depuis deux ans et a beaucoup maigri ; sueurs nocturnes, crachats.

Flueurs blanches depuis 5 à 6 mois. Bien réglée auparavant : ménopause qui a eu lieu à 46 ans.

Etat actuel : tuberculose pulmonaire au deuxième degré.

Toucher vaginal douloureux ; granulations saillantes dans le vagin et de plus en plus fréquentes à mesure que le doigt s'enfonce. L'exploration douloureuse ne permet pas d'examiner les annexes. Le col est ulcéré, granuleux, mais non augmenté de volume, friable, granuleux, le doigt y enfonce facilement mais sans ramener de débris, ni provoquer d'hémorrhagie.

Rien à l'utérus.

Au spéculum : on aperçoit dans le vagin un semis de petits points jaunâtres absolumentsemblables aux granulations qu'on aperçoit parfois dans le pharynx, les uns isolés et saillants, d'autres confluents. En certains points, une ulcération étendue à succédé à leur ramollissement, un muco-pus les recouvre.

Sur la surface du col utérin, on constate les mêmes tubercules saillants, grisâtres, très confluents, de même qu'au niveau des culs-de-sac vaginaux, où les lésions sont les plus accentuées. L'orifice du col est déchiqueté, grisâtre, aucun écoulement sanguin ne se produit à sa surface, mais un liquide purulent s'échappe de la cavité utérine.

L'examen bacillaire qui n'a été fait qu'après un traitement local énergique a été négatif. Les ulcérations paraissent se cicatriser. Mais les douleurs réapparaissent, les lésions pulmonaires augmentent rapidement, l'état général devient grave et la mort survient par les lésions pulmonaires, le 22 décembre 1890.

Autopsie : lésions pulmonaires banales.

Utérus : corps à surface interne ulcérée et semée de bourgeons rougeâtres ; tuberculose du col, des trompes, des ovaires, abcès tuberculeux des parois de Douglas.

OBSERVATION XI (Chéron, *in Thèse* Naudin, 1885). — L'observation suivante bien que purement clinique paraît évidemment se rapporter à notre sujet.

G::· Geneviève, 25 ans, hôpital St-Lazare, service du Docteur Chéron, 1884.

Tous les caractères de la scrofule.

Réglée à 11 ans ; premier accouchement 19 ans ; 2e à 21 ans. L'ulcération est reconnue à ce moment ; elle vient se faire soigner sans résultats durables pendant quatre mois à St-Lazare

Toucher : col bosselé, dur par endroits, ramolli en d'autres, augmenté de volume et porté en arrière.

Spéculum : ectropion double, lèvre antérieure fait saillie beaucoup plus considérable que postérieure ; le col est rouge, saignant, peu douloureux au toucher, et présente, sur la lèvre antérieure principalement plusieurs points ramollis et fongueux se laissant facilement déprimer par le doigt. La lèvre postérieure présente encore en certains endroits un pointillé rouge, trace d'une ancienne ulcération papillaire.

OBSERVATION XII (Chiarabba, *Giornale di Gynecologia e di pediatra*, 1904) (Résumée). — Malade réglée régulièrement à 14 ans et qui, quatre mois plus tard, voit son ventre augmenter de volume progressivement. Diagnostic d'ascite et laparotomie. L'ascite ne se reproduit plus et les règles réapparaissent.

Se marie à 20 ans, 4 ans plus tard, les règles disparaissent.

A l'examen, nodosités sur grandes lèvres, surélevées, lenticulaires ; lésions des petites lèvres et du clitoris. Col d'utérus court et conique, ulcéré. Corps volumineux, peu mobile, douloureux à la pression, cavité dilatée.

Examen microscopique : fragment de muqueuse utérine résultant de curettage ; lésions tuberculeuses caractéristiques.

OBSERVATION XIII (Cotte, *Gazette des Hôpitaux*, 1907. — A... L.., 23 ans, vient à l'hôpital, parce qu'elle a des pertes rouges abondantes. Père mort il y a 7 ans d'un cancer de l'estomac, mère vivante et bien portante. Personnellement, aucune maladie dans l'enfance, mais de santé délicate.

Réglée à 14 ans, règles régulières mais douloureuses. Pertes blanches en dehors des époques, depuis l'établissement de la menstruation.

L'affection actuelle a débuté en novembre 1906. Deux mois auparavant, a eu des rapports sexuels avec un sujet bien portant et ne paraissant pas atteint de tuberculose.

En novembre 1906, au moment de ses règles, eut des pertes rouges abondantes, pendant deux mois hémorrhagies continuelles ; obligée de se mettre au lit, malgré les injections chaudes. Pendant les quatre mois du début de la maladie, aucun trouble morbide. La malade ne tousse pas. Perte de l'appétit.

A l'entrée : femme profondément anémiée, teint très pâle. L'examen somatique ne révèle rien de bien particulier. Pas de tuberculose pulmonaire. Quelques ganglions cervicaux.

Au toucher, on constate immédiatement que le col est hypertrophié, dur ; sa muqueuse est épaissie, infiltrée. Sur ses lèvres, il existe un ectropion très marqué. L'utérus augmenté de volume, est en bonne position, il a conservé sa mobilité. Mais de chaque côté de lui, on voit qu'il existe des masses annexielles volumineuses, traduisant surtout un état d'empâtement très marqué, pas de douleurs à la palpation.

A aucun moment signes de gonococcie. D'ailleurs les lèsions que l'on trouve donnent bien l'impression d'une bacillose utéro-annexielle ; sur le col, on voit au spéculum qu'il n'existe pas d'ulcération. La muqueuse du museau de tanche présente seulement un ectropion très marqué.

Dès l'entrée à l'hôpital, la malade fut un peu améliorée. Les pertes qui duraient depuis quatre mois s'arrêtèrent. Toutefois, comme les lésions qu'on avait trouvées au premier

examen persistaient, on se décida à faire une excision partielle du col pour déterminer la nature de cette inflammation.

L'examen histologique de cette pièce fut fait par le Docteur agrégé Paviot, au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Lyon et voici le résultat : « La pièce qui nous parvient, à l'examen des coupes appartient au col utérin dont la partie recouverte par l'épithélium ectodermique du vagin et les glandes sont parfaitement reconnaissables ; les glandes sont hypertrophiées et devenues sinueuses ; elles sont hyperplasiées et ont pris un épithélium cylindrique très elevé. Le reste du col est très sclérosé. Sous la muqueuse, le derme sous-muqueux, le tissu périglandulaire sont très hyperplasiés. Mais sur aucune coupe il n'est possible de rencontrer de formation histologique tuberculeuse.

Par contre, le séro-diagnostic fait au même moment au laboratoire du Professeur Arloing a été nettement positif. L'agglutination a été positive à 1/5, 1/10, 1/15.

Au bout d'un mois, ses pertes ne s'étaient pas reproduites. Les masses annexielles semblaient avoir diminué. Après un séjour à la campagne n'a pas été reprise de métrorrhagies et a pu reprendre son travail. Observation présentée par son auteur, interne des hôpitaux de Lyon, comme tuberculose inflammatoire du col de l'utérus.

OBSERVATION XIV (Cornil, *Société médicale des Hôpitaux*, 1879), *in Thèse* Braye. — On rencontre chez une femme morte de péritonite tuberculeuse au côté droit du col, une ulcération de 8 millimètres de diamètre, déprimée, à bords taillés à pic ; sur les bords, trois petits points jaunes en voie de ramollissement et d'élimination.

Guérison en 15 jours, par badigeonnages à teinture d'iode. Pendant son séjour à l'hôpital, ulcérations écalement tuberculeuses sur la langue, guéries par la teinture d'iode.

OBSERVATION XV (Cornil, *Journal des connaissances médicales*, 1888). *In Thèse* Lannes. — Chez une malade de

Péan, le diagnostic clinique d'une lésion du col de l'utérus était resté douteux.

L'aspect du col hypertrophié, induré, hérissé de végétations irrégulières, baigné d'un liquide muqueux, épais, jaunâtre, granuleux, faisait redouter un cancer. Extirpation totale de l'utérus par Péan. L'ouverture de la cavité cervicale fit voir à Cornil les plis de l'arbre de vie très accusés, végétants, agglutinés par un liquide collant, parsemé de grumeaux opaques. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tuberculose du col de l'utérus limitée à cette partie de l'organe.

OBSERVATION XVI (Croft, *Brit. med. Journal*, 1902). *In Thèse* Lannes-Deborre. — Femme de 26 ans. Tare héréditaire. A l'examen, col épaissi mais plus mou que normalement. La lèvre postérieure était molle et irrégulière, la lèvre antérieure allongée et farcie de végétations papillaires.

Corps de l'utérus petit et mobile. Annexes libres. L'examen microscopique montra que les productions étaient de nature tuberculeuse. On trouva des granulations miliaires avec des cellules géantes.

Hystérectomie vaginale. Tuberculose miliaire diffuse sur la muqueuse utérine.

OBSERVATION XVII (Deletrez, *Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiâtrie*, 1908). — Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, présentant les antécédents héréditaires suivants : aïeule maternelle morte de cancer utérin ; sœur opérée pour péritonite tuberculeuse. Aucune tare apparente chez les descendants directs.

La malade n'a jamais été réglée et n'a souffert aucunement de cette absence de menstruation. Le seul symptôme observé consiste en une leucorrhée abondante depuis l'âge de 14 ans. Elle n'a jamais été malade et présente jusque dans ces derniers temps les apparences d'une excellente santé ; ce n'est qué dé-

puis deux mois environ qu'elle accuse de la perte de l'appétit, un amaigrissement assez marqué et une augmentation notable de la leucorrhée qui, depuis quelques semaines, est devenue muco-purulente mais sans être accompagnée d'un moindre écoulement sanguin.

Le col utérin est volumineux et présente au spéculum l'aspect d'un champignon fongueux ressemblant de tout point au cancer cavitaire de cet organe. Les fongosités occupent la portion vaginale et la muqueuse cervicale.

Le diagnostic clinique fut épithélioma du col encore bien limité. L'examen microscopique d'un fragment du col pratiqué par le Docteur Gauthier, démontra qu'il s'agissait de tuberculose de cet organe.

Je pratiquai l'hystérectomie vaginale. Excellent résultat, la malade a repris son embonpoint.

Examen des pièces : l'utérus a ses dimensions normales à part la cavité cervicale qui est épaissie et dont l'ouverture et les bords sont garnis de nombreuses excroissances bourgeonnantes s'étalant sous forme de chou-fleur.

La surface interne du corps utérin est d'apparence fibreuse avec quelques petites granulations disséminées à sa surface. En approchant de la région du col envahie par de nombreuses granulations papillaires, la section montre un tissu rosé d'une consistance moins ferme et sans délimitation apparente avec le tissu utérin lui-même.

Les préparations microscopiques ont été prélevées en différents endroits, à la partie inférieure du col, à sa partie supérieure et dans la cavité utérine. Toutes ces préparations présentent de l'infiltration inflammatoire et de l'infiltration tuberculeuse avec ses cellules géantes et ses cellulés épithéliales accumulées sous forme de foyers noduleux. A la partie inférieure du col, l'épithélium pavimenteux stratifié est envahi par les leucocytes ; la muqueuse elle-même, épaissie est abondamment infiltrée. On y trouve quelques petits foyers hémorrhagique, quelques points en voie de nécrose et quel-

ques cellules géantes caractéristiques entourées de cellules épithéliales peu nombreuses.

Les préparations provenant de la zone intra-utérine la plus proche du col montrent une muqueuse constituée par un tissu conjonctif fortement infiltré de leucocytes à sa surface, mais beaucoup moins dans la profondeur.

Les glandes cylindriques utérines sont distribuées en assez grande quantité, séparées les unes des autres par des travées conjonctives d'épaisseur variable. Dans leur voisinage, se reconnaît l'envahissement tuberculeux, mais aussi dans les couches plus profondes de la muqueuse et presque dans la musculeuse elle-même où se trouvent des îlots nettement limités. Ces îlots sont constitués à la périphérie par un tissu conjonctif rétracté, très infiltré de leucocytes, vient ensuite une zone un peu moins dense renfermant un grand nombre de cellules epithéliales et aussi quelques agglomérations de lymphocytes.

Vers les parties centrales existent des cellules géantes typiques avec leur couronne de noyaux ovalaires disposés en rangées régulières périphériques et leur protoplasma compact se colorant par l'éosine. De petits foyers nécrotiques se rencontrent également dans ces îlots. La recherche de bacilles a donné un résultat négatif.

OBSERVATION XVIII (Emmanuel, *Zeitschrift fur Geb. und Gyn.*, 1893). *In* Thèse Lannes-Dehorre (Résumée). — Femme de 50 ans, présentant en même temps qu'une ulcération périnéale, une tumeur du col du volume d'une pomme avec envahissement du vagin.

On aurait pu, d'après l'aspect du col croire à une production néoplasique. L'examen histologique en révèle la nature tuberculeuse.

Laparotomie avec ablation de l'utérus et des annexes.

La malade succombe. A l'autopsie, intégrité des poumons, tuberculose miliaire du foie, de la rate, du péritoine. Cavité

utérine remplie de masses caséeuses. Trompes absolument indemnes. Augmentation considérable du col et envahissement du vagin.

OBSERVATION XIX (Eric et Young, *Obstétrical society of London*, 1906) (Résumée). — Femme âgée de 26 ans, mariée, toujours bien portante.

Mari bien portant, trois enfants bien portants, le dernier a six mois.

Règles régulières jusqu'à il y a environ six mois. Depuis augmentées de durée.

Depuis cinq semaines, pertes jaunes, douleurs dans le bas ventre et dans la région sacrée. Pas de pertes de sang, pas de tuberculose dans la famille.

La malade ne présente aucun signe de tuberculose pulmonaire, l'examen des crachats est négatif, les ganglions inguinaux ne sont pas augmentés.

Le col est induré et gros, sa surface est inégale et ulcérée par places, nodulaire et papillaire en d'autres endroits. Les lésions du col paraissant suspectes, on pratique l'hystérectomie vaginale. Examinée six mois après l'opération est trouvée bien portante et sans récidive.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une lésion tuberculeuse du col.

OBSERVATION XX (Fernet, *In* Thèse Deville, Paris, 1887). — D::. Caroline, 27 ans, entrée service Fernet, à Beaujon, en 1887.

Réglée 10 ans et demi ; deux enfants. Depuis trois mois seulement présente de la leucorrhée. Signes de tuberculose pulmonaire.

Toucher : col ramolli et paraissant granuleux.

Spéculum : col rouge carmin, volumineux, un peu granumorrhagiques, quelques points en voie de nécrose et quel-

grande étendue. Sécrétions utérines et vaginales examinées d'abord sans résultat, montrent au bout de quelques jours des bacilles très nets.

Sous l'action de topiques et la médication générale, ulcération de lèvre antérieure se guérit.

OBSERVATION XXI (Ferrari, *Annali di ost e gynecologia*, Milan, anno 25e). — Résumée d'après Pollosson et Violet, *Revue de chirurgie abdominale et de gynécologie*, 1906: — 25 ans, nullipare, mariée:

Hystérectomie vaginale pour une néoformation maligne. La partie superficielle de la tumeur est un papillome. Le tissu sous-jacent est tuberculeux. La malade est guérie depuis 7 ans.

OBSERVATION XXII (Ferrari, *Annali di ost e gynecologi*, Milan, anno 25e, d'après Pollosson et Violet) (Résumée). — 28 ans, nullipare, mariée ; champignon sur le col. Corps utérin et annexes sains. Curettage utérus et amputation haute du col. La tumeur était de nature tuberculeuse. L'endomètre était également envahi. Bon état local. Disparition des douleurs, amélioration de l'état général.

OBSERVATION XXIII (Ferrari, *Annali di ost. e gynecologia*, Milan, anno 25e). — Trente ans, nullipare, mariée.

Ulcération de la lèvre antérieure et de la lèvre postérieure du col. Excroissance polypeuse molle et friable. Biopsie: L'examen microscopique montre qu'il s'agit de tuberculose L'hystérectomie vaginale totale montre que la lésion était limitée à la cavité cervicale. Le sort ultérieur de la malade n'est pas connu.

Résumée d'après Pollosson et Violet.

OBSERVATION XXIV (Ferrari, *Annali di ost. e gynecologia*, Milan, anno 25e). (Résumée d'après Pollosson et Violet). — Trente ans, nullipare. Amputation haute du col pour hémor-

rhagies. L'affection était limitée à la muqueuse du col. Il existait des excroissances papillaires avec des nodules tuberculeux caséeux à la base. Le sort ultérieur de cette malade n'a pu être connu.

OBSERVATION XXV (Frank, *Monatschrift für Geb und Gyn.*, 1899). (*In* Thèse Gorowitz) — Il s'agit d'une femme de 21 ans, atteinte de tuberculose osseuse dans l'enfance.

Mal réglée et ayant présenté bien avant l'établissement des règles et en même temps que la lésion osseuse un écoulement jaunâtre par le vagin. L'hymen est intact.

Pour le toucher, on arrive sur une tumeur irrégulière et dure formée par le col. Ce dernier a la forme d'un champignon avec une couronne de petits bourgeons facilement détachables et entourant l'orifice cervical.

L'examen histologique d'un fragment décèle la nature tuberculeuse de la lésion. Aussi pratique-t-on l'extirpation de la tumeur après curettage des parties molles. L'amputation du col est pratiquée largement après ouverture du péritoine. On peut aussi au cours de l'opération examiner les annexes qui sont saines. La malade guérit. Dans les sécrétions de l'utérus, on ne put trouver de bacilles de Koch. Dans ce cas, l'infection par voie sanguine doit être rejetée, puisque le péritoine et les trompes étaient indemnes. Peut-être est-il possible d'admettre une contamination de la vulve et ensuite du vagin par les bacilles amenés par le linge, le vêtement. Ce serait un exemple d'une de ces infections que Pozzi a appelées : primitives secondaires.

OBSERVATION XXVI (Fränkel, *Jahrbücher der Hamburger Staatskremk*, 1893-94) (Résumée d'après la thèse de Lannes-Deborre). — Rapporte un cas de tuberculose du col chez une femme morte d'un mal de Pott. La muqueuse de la cavité cervicale était couverte de masses bourgeonnantes qui s'éten-

daient en envahissant le museau de tanche. Le vagin était intact. L'aspect était tout à fait celui d'un néoplasme en choufleur.

L'examen histologique révéla une tuberculose certaine. Il y avait intégrité absolue de l'utérus avec lésions très avancées des trompes et du col.

OBSERVATION XXVII (Franqué (von), *Zeitschrift fur Geb. und Gyn.*, 1897). *In* Thèse Lannes-Deborre: — A observé sur un utérus enlevé pour cancroïde du museau de tanche deux noyaux du volume d'un noyau de cerise qui furent pris pour des noyaux carcinomateux jusqu'à ce que l'examen microscopique vint démontrer qu'il s'agissait de tuberculose au début.

A l'examen histologique, il existait des modifications épithéliales qu'il était difficile, étant donnée cette ressemblance, de distinguer d'une dégénérescence maligne au début.

La patiente n'a plus eu depuis trois ans de manifestations tuberculeuses bien que les trompes aient été laissées.

OBSERVATION XXVIII (Frerichs, résumée d'après Zweigbaum. *In* Thèse Nanard. — Femme de 28 ans : Tuberculose du museau de tanche et de la partie supra-vaginale du col. Ulcération tuberculeuse sur le col.

Muqueuses de l'utérus et muqueuse des trompes atteintes de dégénérescence caséeuse. Tuberculose pulmonaire des ovaires, du péritoine, intestinale, rénale, splénique, hépatique.

OBSERVATION XXIX (Friedländer, *Volkmanns Klinische Vortrage*, 1873). — Femme de 30 ans.

Cas de tuberculose primitive du col chez une femme morte d'apoplexie. A l'orifice externe de l'utérus existait un ulcère tuberculeux. Au-dessous de la surface de l'ulcère, existait des tubercules miliaires abondants avec des cellules géantes.

OBSERVATION XXX (Giglio, (*Annali di Ost. y Gyn*, Milan, 1892). *In* Thèse Lannes-Deborre. — V... M... 27 ans, entrée décembre 1889.

Règles 17 ans, peu abondantes. Dernières règles le 9 avril 1889. Depuis lors, pertes blanches continuelles avec par intervelles quelques caillots de sang. Douleurs dans le bas ventre et dans les reins.

Examen : bon état général, poumons et organes abdominaux sains. La portion vaginale du col est transformée en une masse irrégulière, facilement friable, saignante. Utérus largement hypertrophié. En arrière et à droite, tumeur maligne de la grosseur d'une orange. Diagnostic : carcinome de portion vaginale du col avec petit kyste de l'ovaire droit ou hydrosalpinx.

L'examen d'une partie de la muqueuse enlevée fait faire le diagnostic d'endométrite chronique avec adénome papillaire se rapprochant en certains points de l'adénome rongeant. Amputation supra-vaginale du col et guérison. Autour du museau, on notait des érosions papillaires et végétantes ; à la superficie, aspect lisse, dur et blanchâtre.

Examen histologique : dans les coupes, on observe une hyperplasie de l'épithélium pavimenteux. Le tissu conjonctif est hyperplasié. L'élément glandulaire est assez développé. En certains points, son développement rappelle la forme d'un adénome papillaire, ou se rapproche de l'adénome malin. Au voisinage des vaisseaux, îlots de cellules jeunes, au milieu desquelles se trouvent des corps ronds simulant la forme de cellules géantes. La partie centrale des prétendues cellules géantes est constituée par des détritus jaunâtres, autour desquels sont disposés d'une façon concentrique des noyaux.

La recherche des bacilles a été négative.

OBSERVATION XXXI (Giglio, *Annali di Ost. y Gyn.*, Milan, 1892). *In* Thèse Lannes-Deborre. — Femme de 28 ans ; se plaint de leucorrhée muco-purulente ; sensation de pesan-

teur dans l'utérus, douleurs au pubis et aux lombes. On note des érosions de la surface du col et des placards recouverts de bourgeons charnus, blanchâtres et facilement saignants. Muqueuse du museau de tanche et du canal cervical hyperplasiée, molle, saignante. Utérus un peu gros, annexes libres.

Rien dans les antécédents personnels ou héréditaires.

Toujours réglée régulièrement, la malade a eu plusieurs enfants. On fait le diagnostic du carcinome du col. Abdomen et thorax normaux.

Hystérectomie vaginale. Guérison. Trois mois après, poussée de tuberculose générale ayant déterminé la mort.

Examen histologique : dans les coupes, on voit des bacilles de Koch, soit dans les cellules géantes, soit dans les foyers tuberculeux. La muqueuse du col utérin est riche en hyperplasie conjonctive. Là où l'hyperplasie est plus marquée, on aperçoit des corps ronds, avec un débris granuleux dans le centre et des noyaux à la périphérie alors que dans d'autres préparations, ils se manifestent par des cellules géantes contenant des bacilles.

OBSERVATION XXXII (Giglio), (*Ibidem*). — Femme accusant des douleurs lombaires avec leucorrhée muco-purulente ; irrégularité des règles.

Au spéculum, érosion du col facilement saignante ; la muqueuse du museau de tanche et du canal cervical est hyperplasiée et saignante. Les lèvres du col sont légèrement hypertrophiées.

Utérus mobile, de volume normal, sans annexite.

Examen histologique : une partie de la muqueuse détachée est examinée et on note une hyperplasie conjonctive avec infiltration de cellules embryonnaires. Dans certains points, îlots de grandeur différente formés de substance d'aspect caséeux. Au milieu de cette substance et des vaisseaux, se trouvent des corps ayant la forme de cellules géantes. En aucun point, on n'a observé la vraie structure du tubercule. Les

corps arrondis que l'on remarque, montrent dans quelques préparations des caractères assez voisins de ceux de la cellule géante.

Quelques granulations ont laissé voir des bacilles de Koch.

OBSERVATION XXXIII (Glockner, *Beitrag fur Geb. und Gyn.*, 1901). — Femme de 20 ans. Tuberculose du col à forme végétante papillaire ressemblant à un cancer. Le mari de la malade a le testicule et l'épididyme droit tuberculeux. Glockner croit à l'infection tuberculeuse du mari qui a infecté le col utérin par le coït.

Guérison par l'extirpation vaginale totale.

OBSERVATION XXXIV (Godard, *Bulletins de la Société anatomique*, 1867) (Résumée). — Hôtel-Dieu, service de Louis, malade âgée de 23 ans.

Depuis le 10 mars pas de règles et écoulement leucorrhéique. Entre avec symptômes de méningite.

Autopsie. — Tuberculose des méninges, de la plèvre et des poumons, tuberculose intestinale. Le vagin est sain.

L'utérus a son volume normal, il est lisse. L'orifice du col est étroit, arrondi. Son tissu est assez mou et rouge lie de vin. La cavité du col est tapissée d'une couche de matière jaune-verdâtre crémeuse qui se continue dans la cavité du corps où elle présente une masse de la grosseur d'une amande.

Trompes remplies de matière semblable mais plus consistante. L'ovaire droit en contient également dans son épaisseur. Cette matière a tous les caractères extérieurs du tubercule et l'ayant examinée au microscope avec mon ami Corvisart, nous y avons trouvé les cellules caractéristiques du tubercule.

OBSERVATION XXXV (Gottschalk, *Revue de Gynécologie et de Chirurgié abdominale*, 1904). — Vierge de 32 ans, présentant du côté paternel des antécédents tuberculeux.

Elle n'a jamais été réglée jusqu'à l'âge de 30 ans. A ce moment, il se produit toutes les 6 ou 10 semaines un léger écoulement de sang et de glaires. Depuis deux ans, la malade se plaint de douleurs et d'une sensation de pesanteur dans le bas ventre et au niveau des reins. L'examen local permet de constater l'existence au niveau du col de l'utérus d'une masse papillaire, irrégulière et mollasse qui présente les caractères d'une tumeur tuberculeuse.

Ce diagnostic clinique est confirmé par l'examen microscopique qui décèle l'existence de tubercules et de cellulés géantes

Le corps de l'utérus est augmenté de volume, adhérent, en antéflexion ; les annexes sont épaissies et la trompe droite présente plusieurs nodosités.

On pratique l'ablation vaginale totale de l'utérus et des annexes Les suites opératoires sont normales. La malade est est restée depuis trois ans en bonne santé. L'utérus, les trompes et les deux ovaires présentent des lésions dont la nature tuberculeuse est incontestable. On a pu déceler au niveau des ovaires des bacilles de Koch.

OBSERVATION XXXVI (Gummert, d'Essen, *Monalschrift fur Geb. und Cyn.*, 1903). — Malade âgée de 29 ans, mariée depuis 4 ans, nullipare, vient consulter pour un écoulement purulent et une aménorrhée persistante depuis un an et demi.

Réglée à 17 ans, régulièrement ; très faibles et sans douleur. Depuis six mois est traitée pour un catarrhe pulmonaire.

L'exploration gynécologique donne les résultats suivants : utérus normal en rétroversion, annexes augmentées de volume et fixées. La portion vaginale du col est ulcérée sur une étendue d'nue pièce de 2 marks, circulairement à l'orifice du col utérin et superficiellement. Le bord de l'ulcération est à pic et sans infiltration. Au niveau de ce bord, on voit de petits nodules en forme de bulles qui s'étendent jusqu'aux limites de l'ulcération. Le bord de l'ulcération est décoloré, gris jaunâtre. Dans la même région, on voit et on sent de nom-

breux nodules de la grosseur d'un grain de millet d'apparence gris blanche. Après frottement, l'ulcération ne saigne pas. Le curettage de l'utérus ramène une grande quantité de fongosités.

Afin d'affirmer le diagnostic, biopsie d'une portion du col. L'on trouva aussi bien dans ce fragment que dans les produits du curettage des tubercules typiques en quantité avec cellules géantes. Sur une préparation de mucus provenant du col, on vit avec évidence des bacilles.

Pas de signes d'une autre localisation tuberculeuse.

Extirpation totale vagino-abdominale, le péritoine est sain, l'utérus sectionné permet de reconnaître l'existence de nombreuses granulations dans la muqueuse. L'ovaire et les trompes présentent des lésions d'inflammation simple.

OBSERVATION XXXVII (Handfield Jones, *American Journal of Obs.*, *In* Thèse Lannes-Dehorre): (Résumée): — Malade nullipare, 30 ans. A souffert pendant longtemps d'une affection tuberculeuse des ovaires. A différentes reprises, opérée pour tuberculose des os et des articulations. Depuis longtemps ,souffre de règles excessives et dans l'intervalle à des pertes vaginales.

A l'examen du col, on trouve une excavation produite par une ulcération tuberculeuse. Elle s'étend sur la partie supérieure de la paroi vaginale du côté gauche. Comme la malade n'a pas accepté une opération radicale, l'ulcération du col fut curettée, puis cautérisée à sa base au thermo. La cicatrisation s'ensuivit et, deux ans après, la malade était délivrée de sa tuberculose génitale. Mais des lésions commençaient à s'établir du côté du poumon.

OBSERVATION XXXVIII (Heidenthaler, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1890). — W... P..., femme de ménage, 29 ans: Réglée 13 ans ; 3 enfants : l'un est mort de tuberculose intestinale. Fausse couche de deux mois il y a 3 ans et demi. Durant

huit mois, pertes de sang qui diminuent après un grattage, mais la malade se sent faible. Depuis un mois, réapparition des pertes.

Amaigrissement, catarrhe pulmonaire depuis 4 ans.

Père mort de tuberculose, époux sain.

Le 3 mars 1890, l'état est le suivant : aspect de tuberculeuse, aplasie des organes génitaux. La lèvre antérieure du museau de tanche est remplacée ainsi que les parties avoisinantes dans la portion antérieure de la paroi vaginale, par une surface ulcéreuse, non lisse, des dimensions d'un florin. Lèvre postérieure normale.

Mort le 24 mars : l'autopsie montre tuberculose des poumons, du rein, de l'urètre, et des annexes. Le fond de l'ulcération du col présente une infiltration caséeuse. Cellules géantes au microscope.

OBSERVATION XXXIX (Hofbauer, *Archives für Gynécologie*, 1898). *In* Thèse Lannes-Dehorre. — Femme de 57 ans. Pas d'antécédents tuberculeux. Réglée à 16 ans toujours régulièrement. Ménopause depuis trois ans. Neuf accouchements normaux. Depuis un an, pertes blanc-jaunâtre, parfois sanguinolentes. Perte de l'appétit, amaigrissement.

Examen : rien au cœur ni au poumon.

Au toucher, on sent au niveau de l'orifice du col, une tumeur molle, saignant facilement avec envahissement du vagin. Rien aux annexes.

On fait le diagnostic de néoplasme du col et on pratique l'hystérectomie vaginale. Surface utérine irrégulière avec tubercules miliaires sur la muqueuse.

Microscopiquement, on constate une infiltration tuberculeuse. Par places, on remarque des cellules géantes. Les mêmes lésions sont notées au niveau du col.

OBSERVATION XL (Holmes Coate, *London medical Gazette*, 1830. — Femme âgée folle, morte de cachexie.

Autopsie : adhérences pleuro-pulmonaires et poumons infiltrés du sommet à la base de tubercules miliaires. Tuberculose iléo-cœcale. Ganglions mésentériques volumineux. Points jaunes sous le péritoine d'utérus. Produits jaunâtres dans les deux ovaires. Trompe droite fléchie derrière l'utérus et adhérente.

Orifice d'utérus gonflé et ouvert ; parmi les granules, quelques cellules imparfaitement développées, petites en largeur, remplies de granules et présentant une faible apparence de noyaux.

OBSERVATION XLI (Homolle, *Société anatomique*, 1877). — Entrée dans le service de Potain à Necker, 24 mars 1877. Agée de 54 ans. Etat cachectique, signes de tuberculose pulmonaire antécédente et actuelle. Tuberculose péritonéale. Mort accidentelle par érysipèle.

Toucher : col paraissant non altéré, utérus enclavé par des adhérences.

L'autopsie révèle l'existence d'une tuberculose méningée non soupçonnée.

L'utérus est augmenté de volume, peu consistant, semble céder sous le doigt qui le presse, rempli d'une masse caséeuse, la face interne de l'organe est ulcérée. Les trompes distendues contiennent du caséum.

Les muqueuses du col et du vagin sont envahies par une véritable éruption qui ne ressemble à aucune des lésions qu'il est commun d'observer dans ces organes. Au niveau de l'orifice du museau de tanche, de petites ulcérations situées au centre, au fond des plis de la muqueuse empiètent à la fois sur la muqueuse de la cavité cervicale et celle de la portion vaginale du col. Forme irrégulière, fond grisâtre, pourtour enflammé sur le col même et sur le vagin jusqu'au voisinage de l'anneau vulvaire. La muqueuse enflammée et rouge est semée d'éléments éruptifs lenticulaires d'un blanc jaunâtre, à peine saillants ou de niveau avec la muqueuse environnante.

A côté de ces petites plaques arrondies se voient quelques vésicules saillantes et transparentes qui sont des œufs de Naboth et de petites ulcérations peu profondes qui ont manifestement succédé aux autres éléments ; les unes et les autres reposent sur un fond rouge. Il est néanmoins difficile de ne pas considérer comme un produit morbide analogue aux lésions si manifestement tuberculeuses de la face interne de l'utérus, l'éruption cervico-vaginale. Lors surtout que l'on constate au niveau de l'orifice du col de petites ulcérations qui sont en quelque sorte intermédiaires entre les lésions intra-utérines et celles du vagin.

OBSERVATION XLII (Kaufmann, *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1897). *In* Thèse Lannes-Dehorre: — Femme de 72 ans, entrée à l'hôpital pour cancer probable de l'estomac, y succombe

Autopsie : pas de néoplasme stomacal. L'utérus présente les caractères suivants : museau de tanche atrophié, portion sus-vaginale du col notablement épaissie. La section de cette portion de l'utérus montra une cavité tapissée de granulations de dimensions variables. Paroi lisse, mais dure: Ces altérations occupaient la muqueuse du col dans toute son étendue jusqu'à l'orifice interne. Celui-ci était obstrué par une vésicule de la grosseur d'un pois renfermant un magma ressemblant à du mortier. L'aspect macroscopique des lésions cervicales fit penser à un cancer, mais l'examen histologique montra qu'on était en présence d'ulcérations tuberculeuses.

Aucun autre foyer de tuberculose. Trompes et ovaires exempts de toute lésion bacillaire.

Au microscope, on voit de nombreux tubercules typiques: La plupart des cellules géantes renfermaient des bacilles de Koch et il en était de même des foyers caséeux que l'on rencontre entre les tubercules.

OBSERVATION XLIII (Knauer, *Monatschrift Bd.*, XVII): —

Présenté à la Société médicale de Vienne, un utérus tuberculeux. Ulcération tuberculeuse de la portion vaginale. Extirpation totale. Endométrite tuberculeuse:

OBSERVATION XLIV (Laboulbène, *Eléments d'anatomie, path.*, 1879.) — *In* Thèse Lannes-Dehorre. — Femme de 28 ans, entrée à diverses reprises à l'hôpital Necker pour une ulcération du col utérin rebelle à tous les traitements. Elle y meurt de phtisie.

On consate sur le col de petits point jaunâtres et grisâtres entourés d'une partie exulcérée, mais sans perte de substance, ni érosion considérable. On acquiert la conviction que ce sont des granulations tuberculeuses.

Au microscope, ces granulations se montraient formées de cellules peu régulières sans noyaux apparents, grisâtres. La muqueuse du corps de l'utérus offrait des granulations analogues. Les poumons étaient manifestement tuberculeux avec des granulations grises et des cavernules.

OBSERVATION XLV (Lepetit, *Bulletins de la Société anatomique*, 1892). *In* Thèse Lannes-Dehorre. — Pièces provenant de l'autopsie d'une femme morte de péritonite tuberculeuse. Rien n'avait attiré l'attention du côté des organes génitaux.

A l'autopsie, lésions banales de péritonite tuberculeuse ; parois de l'utérus légèrement augmentées de volume, sont infiltrées de nodules tuberculeux ; la muqueuse du corps est le siège d'une vaste ulcération, à bords irréguliers, à fond anfractueux, s'étendant jusqu'au col qui est en partie détruit. La trompe gauche, grosse environ comme l'index est le siège d'un abcès tuberculeux.

Aux poumons, tubercules caséifiés, adhérences pleurales.

L'examen histologique a corroboré le diagnostic.

OBSERVATION XLVI (Lewers, *The Journal of Obs. and Gyn. of the british Empire* (juin 1902). — Présenté comme

un cas de tuberculose primitive de l'utérus simulant un cancer.

Femme de 36 ans, nullipare, qui, depuis neuf mois présentait un écoulement vaginal fétide et parfois sanguinolent dans lequel elle distinguait des débris de membrane. Douleurs vagues dans le bas ventre. Une tante morte de tuberculose.

L'examen physique permet de constater une béance anormale de l'orifice externe du col dont le canal est occupé par une tumeur molle, friable, qui saigne abondamment au toucher. Au spéculum, on voit que la tumeur est saillante, et qu'elle occupe principalement la lèvre antérieure. L'utérus est de volume normal et très mobile. On porte sans hésiter le diagnostic de cancer du col et l'hystérectomie vaginale est pratiquée. La malade quitte l'hôpital guérie.

L'examen macroscopique de l'utérus montre que le canal cervical était occupé par une tumeur papillaire qui s'étendait jusqu'à l'orifice interne. Au microscope, la muqueuse est le siège d'un épaississement inflammatoire formant des bandes. La coupe d'un de ces bandes révèle la présence d'un groupe de cellules grisâtres avec des amas de cellules géantes bien formées. La recherche du bacille de Koch, pratiquée sur six coupes différentes, reste négative.

OBSERVATION XLVII (Liouville, *Société anatomique*, 1873). — Recueillie à l'Hôtel-Dieu. Le maximum des lésions siège comme d'habitude au niveau des trompes distendues par de la matière caséeuse et présentant des renflements.

L'auteur insiste sur la localisation des lésions au niveau du col de l'utérus et particulièrement sur ce point, que Lebert a nié presque complètement la tuberculisation de la muqueuse utérine au voisinage du col et a soutenu que les glandes seules, dans ce cas, étaient malades.

OBSERVATION XLVIII (*Monatschrift für Geb. und Gyn.*, 1907). — Femme de 22 ans, vient consulter en juillet 1905, pour des pertes sanguines et muqueuses abondantes.

Est la 10e enfant de parents sains. Antécédents tuberculeux dans la famille du père.

Réglée à 13 ans, régulièrement, jusqu'à il y a environ deux ans. Depuis six mois pertes blanches avec sang.

Etat actuel : jeune fille délicate ; rien au cœur ni au poumon.

Examen : hymen intact, le doigt arrive sur une tumeur de la grosseur d'une petite pomme, molle, en forme de champignon. Le cul-de-sac ne peut être atteint au toucher. Au spéculum, on voit que les végétations, molles, fongueuses, touffues, recouvertes de glaires tenaces, friables et saignantes proviennent de la grosse portion du col.

Le toucher rectal, ne révèle rien. On pense qu'il s'agit d'un sarcome et propose l'opération de suite. Biopsie au préalable : on ne rencontre pas les cellules sarcomateuses présumées, mais les papilles sont constituées de cylindres épithéliaux très ramifiés et dans le stroma de petites et nombreuses cellules.

L'opération est pratiquée, les fongosités sont enlevées à la cuiller tranchante. Colpotomie postérieure permet de reconnaître l'intégrité des annexes.

Coupe au niveau des fongosités : on voit au microscope un enchevêtrement de papilles épithéliales et de glandes sinueuses. L'épithélium est d'une hauteur anormale ; on y voit de hautes cellules cylindriques avec de gros noyaux et un corps protoplasmique abondant. On découvre de loin en loin dans l'entrelacement des glandes sinueuses et du stroma infiltré, un tubercule plus ou moins évident avec ou sans cellules géantes.

Les coupes au niveau du col montrent : rien du côté de l'épithélium de revêtement ; la paroi est partout tapissée d'un tissu de granulations avec de nombreux et typiques tubercules épithéliaux. Dans la plupart de ceux-ci existent une ou plusieurs grosses cellules géantes. L'épaisseur de cette couche n'a pas plus de deux millimètres. Cependant, on rencontre des granulations tuberculeuses plus profondément dans la mus-

culature du col. Sur les limites extrêmes de la portion vaginale du col, contre le vagin, on passe tout à coup du tissu de granulations précédemment décrit à l'épithélium vaginal normal.

OBSERVATION XLIX (Martin, *Archives provinciales de Chirurgie*, 1905). — Jardinière, 25 ans, entre dans le service du Prof. Tédenat, le 23 octobre 1903.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Réglée à 15 ans, irrégulièrement ; périodes d'aménorrhée, de 2, 3 et même 9 mois. Règles durant 3 à 4 jours, sans caillots, ni douleurs. Pas de leucorrhée.

Mariée il y a trois ans, n'a pas eu de grossesse. Les règles qui semblaient s'être régularisées au début du mariage manquent depuis 9 mois ; quelques pertes tachant chemise en jaune.

Pas de maladies antérieures.

Depuis une quinzaine de jours, se plaint de douleurs dans le bas ventre, irradiées aux membres inférieurs et à la région lombaire. Est en excellent état général, facies coloré, femme robuste. Poumon et cœur normaux.

L'utérus est fixé par des adhérences, les annexes adhérentes et légèrement augmentées de volume. Le col est gros, dur, végétant, présentant par places au niveau du museau de tanche des végétations polypeuses, plus molles. En aucun endroit cependant, ce tissu ne présente la friabilité cancéreuse caractéristique. Le doigt ramène du sang. Biopsie.

Dans l'intervalle, cautérisation du col à la potasse et de la cavité utérine au formol (4 novembre) ; l'aspect du col est beaucoup meilleur le 20. Le 1er décembre, l'aspect est excellent. Le 5 janvier, sort paraissant guérie. Dans l'intervalle, l'examen de laboratoire a appris que la tumeur extirpée était constituée de tissu tuberculeux dans lequel on trouve de nombreuses cellules géantes.

Revue en 1905 ; excellent état de santé, le col a conservé

l'aspect normal qu'il avait en 1903, au moment de la sortie de la malade.

OBSERVATION L (Mathews, *Medical Record*, 1898). *In* Thèse Lannes-Dehorre. — Négresse de 32 ans, nullipare, qui, depuis trois ans, a de la dysménorrhée et des pertes blanches teintées de sang.

A l'examen, col épaissi avec une ouverture arrondie, saignant facilement et une ulcération s'étendant sur le vagin. A gauche, annexes normales ; à droite, légèrement enflammées. Hystérectomie totale, guérison.

Il s'agissait d'une tuberculose étendue du col avec annexes respectées.

OBSERVATION LI (Mayor, *Bulletins de la Société anatomique*, 1881). — Le 20 septembre 1879, entre service Siredey, à Lariboisière, malade atteinte de tuberculose pulmonaire au troisième degré.

Depuis quelques mois, n'était plus réglée et se plaignait d'écoulements blanchâtres.

Toucher vaginal : col de l'utérus mou, évidemment ulcéré ; utérus immobilisé, culs-de-sac non souples, sur la paroi gauche du vagin, bords relevés et indurés d'une ulcération serpigineuse. Dans le cul-de-sac droit et en arrière, même sensation, mais la perte de la substance n'offre point une étendue aussi considérable. Douleur à la pression au niveau de ces ulcérations.

Spéculum : douloureux, permet de constater les ulcérations vaginales précitées, non entourées de points blancs ; le col de l'utérus est le siège d'une ulcération assez profonde.

La malade succombe le 10 novembre, aux progrès de tuberculose pulmonaire.

Autopsie : utérus fixé par adhérences, trompes volumineu-

ses ; granulations sur les ovaires ; sur col utérus, érosion profonde ; sur la lèvre antérieure, on remarque une granulation blanche, manifestement tuberculeuse.

L'examen histologique n'a porté que sur trompe et ulcération vaginale dont il a montré le caractère tuberculeux.

OBSERVATION LII (Ménétrier, *Bulletins de la Société anatomique*, 1886). — Femme de 45 ans, morte de phtisie pulmonaire dans le service de Jaccoud, à la Pitié.

Phtisie pulmonaire, lésions tuberculeuses de la vessie et de l'urèthre.

Ulcérations à la partie supérieure du conduit vaginal, rondes, entourées d'une zone inflammatoire. Erosion analogue sur le col.

Bacilles dans les produits de râclage et tubercules à la coupe.

OBSERVATION LIII (Ménétrier, *Bulletins de la Société anatomique*, 1889). — A l'autopsie d'une femme de 24 ans, morte de tuberculose pulmonaire à la Pitié, dans le service de Jaccoud, on trouve des lésions de l'utérus.

Aucun symptôme durant la vie ayant attiré l'attention de ce côté.

L'utérus est assez gros ; extérieurement, un peu d'injection vasculaire des lèvres du col et une exulcération à ce niveau. Ayant ouvert l'organe, on trouve dans la cavité du col, une masse caséeuse blanc-jaunâtre, peu adhérente, recouvrant une muqueuse, qui, à l'œil, ne paraît pas modifiée. Dans la cavité du corps, granulations. Trompe gauche épaissie. Pas de lésions dans le vagin, ni dans la vessie. Tuberculisation du poumon, de la capsule surrénale et d'un des reins.

Examen microscopique : sur corps, cellules géantes et bacilles ; sur portion épaissie de trompe, infiltration embryonnaire et cellules géantes ; masse caséeuse du col : bacilles de Koch en assez garnd nombre.

OBSERVATION LIV (Meyer, *Archiv. für Gyn.*, 1894): *In* Thèse Lannes-Dehorre. — Il s'agit d'une malade de 30 ans, soignée quelques années avant pour lupus. Elle vient consulter pour des métrorrhagies, et à l'examen, on trouva le col augmenté de volume, induré, rouge. Songeant à la possibilité d'un cancer, on préleva un fragment pour l'examen histologique et le microscope révéla la présence de cellules géantes.

OBSERVATION LV (Michaëlis, *Beitrag zur Geb. u Gyn.*, Bd. III). *In* Thèse Lannes-Dehorre: — 33 ans, mariée, nullipare. Mère morte de phtisie. Toujours bien portante: Règles régulières depuis l'âge de 17 ans ; mais depuis deux mois, elles sont devenues irrégulières, fréquentes, abondantes. Pas de pertes blanches.

Bon état général, poumons sains.

A l'examen, l'orifice utérin paraît ulcéré sur une étendue d'une pièce de 10 pfennig et il s'émiette. Les trompes et les ligaments ne sont pas infiltrés. On fait le diagnostic de cancroïde de la portion vaginale du col. Hystérectomie vaginale. Trois ans après l'opération, la malade est bien guérie.

Description de la pièce : la muqueuse cervicale est dans toute son étendue, surtout autour du col, recouverte de végétations papillaires touffues. Au microscope, on trouve à la place de l'épithélium pavimenteux un tissu de granulations tuberculeuses. Les glandes sont hypertrophiées.

OBSERVATION LVI (Mossler, résumée d'après Zweigbaum, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1888). — Femme de 75 ans ; tuberculose du vagin avec ulcération. Tubercules du museau de tanche, ulcère tuberculeux. La muqueuse utérine est atteinte de dégénérescence caséeuse. Il y a salpingite tuberculeuse et dégénérescence tuberculeuse des ovaires, Les sommets des poumons sont atteints, tuberculose miliaire.

Ulcération tuberculeuse du petit et du gros intestin. Péritonite tuberculeuse.

OBSERVATION LVII (Mossler, *idem*). — 3 ans. Tuberculose du museau de tanche et de la portion supra-vaginale du col. Ulcération profonde de la cavité cervicale. Muqueuse utérine atteinte de dégénérescence caséeuse. Dégénérescence caséeuse de la muqueuse des trompes. Poumons, péritoine et intestin tuberculeux. Masse tuberculeuse dans le Douglas.

OBSERVATION LVIII (Nanard, *In* Thèse, Paris, 1892-1893). — Malade de 64 ans, entrée à Saint-Antoine, dans le service de Moutard-Martin, avec signes de tuberculose pulmonaire, avancée, diarrhée, ventre douloureux et empâté. Succombe à l'épuisement 15 jours après son entrée.

Autopsie : outre les lésions tuberculeuses des poumons et de l'intestin, on trouve une péritonite tuberculeuse typique. Les trompes sont malades, utérus petit, rempli d'un magma blanchâtre, caillebotté, demi-liquide avec une muqueuse ulcérée. La cavité du col est très malade, altérée et l'ulcération de la muqueuse cervicale a gagné la partie antérieure de l'orifice externe du col.

L'examen microscopique de quelques lambeaux de la muqueuse cervicale démontra l'existence de nodules tuberculeux.

OBSERVATION LIX (Parrot, *In* Thèse Giraud). — Rosalie B..., 8 ans, entrée aux Enfants assistés, 1868, pour coxalgie. Signes de tuberculose pulmonaire et intestinale. Mort six jours après l'entrée. Méninges, poumons, intestins, rein droit, vessie, atteints de tuberculose.

Utérus donne sensation de fluctuation, il est plein d'une matière glaireuse, filante. La paroi qui a un à daux millimètres d'épaisseur est complètement jaune à sa partie cen-

trale. Elle est constellée, ainsi que celle du vagin et du museau de tanche, de petites plaques arrondies, grisâtres, paraissant être au niveau de la muqueuse.

OBSERVATION LX (Pollosson, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1906). — Demoiselle célibataire et vierge, âgée de 40 ans, ayant présenté dans son enfance un mal de Pott. Mauvais état général.

Depuis 10 à 12 mois, présente une augmentation de durée des règles. Dans l'intervalle des menstruations, elle a des pertes glaireuses, parfois striées de sang.

Col : orifice externe légèrement béant. Dilatation portant sur toute la hauteur de la cavité cervicale. Cette cavité cervicale est remplie de glaires épaisses et les parois présentent sur toute l'étendue de leur surface des saillies muqueuses.

Corps utérin et annexes sains.

Curettage du col qui donne un paquet glaireux et quelques tumeurs arrondies et d'aspect framboisé: Dilatation de l'isthme et du corps utérin, curettage de la cavité. Au bout d'un mois, les pertes qui avaient complètement cessé, reparurent, mais moins abondantes. Elles cessent sous l'action d'injections de glycérine iodoformée avec la seringue de Braune. L'état général s'améliore.

Examen histologique : masses framboisées, présentent des glandes hyperplasiées avec parois d'aspect dendritique. Dans le tissu intermédiaire, cellules géantes entourées de cellules épithéliales.

OBSERVATION LXI (Pollosson, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1906). — Femme de 45 ans, venant consulter en février 1904. Signes d'induration, poumon droit. Frère mort à 24 ans d'une affection pulmonaire chronique.

L'affection actuelle a débuté en juillet 1903, par des pertes

blanches, jaunâtres, tachant le linge. L'amaigrissement a suivi, la fièvre est apparue. Les règles reviennent tous les 15 jours et durent 8 jours environ. Est envoyée avec le diagnostic de néoplasme.

Col bourgeonnant, recouvert d'une tumeur champignoneuse, étalée, que l'ongle entame et fait saigner. La mobilisation de l'utérus est difficile. A gauche, infiltration du ligament large, ; examen douloureux, et à plusieurs reprises, élévation de température après l'exploration. Avant de décider l'intervention, nouvel examen ; le diagnostic de néoplasme paraît plus douteux, l'ulcération paraît moins friable qu'au premier examen, elle ne repose pas sur une induration, son exploration n'entraîne pas d'hémorragie ; la mobilité, la souplesse de la muqueuse du col paraissent intactes. En outre, la surface malade est divisée en deux territoires fongueux, séparés par une bandelette de muqueuse saine. Cette existencé de deux foyers séparés fit penser davantage qu'il ne s'agissait point d'un néoplasme. A l'examen au spéculum, cette ulcération occupe surtout la lèvre antérieure, ses contours ont l'aspect circiné. Sur un morceau excisé de cette lèvre antérieure, on aperçoit la muqueuse cervicale rouge, violacée, parsemée de petits kystes et ailleurs de petits nodules blanchâtres.

Histologiquement, il s'agit d'une tuberculose du col certaine. Il existe sur les coupes, une infiltration tuberculeuse intense, des nodules tuberculeux avec de belles cellules géantes. La lésion porte surtout au niveau de la muqueuse cervicale.

Hystérectomie totale vagino-abdominale ; trompes adhérentes à droite et à gauche.

Examen histologique : coupes au niveau du col ; faites au niveau de la lèvre antérieure, parallèles au grand axe de l'utérus. Lésions tuberculeuses profondément dans le tissu conjonctif et musculaire du col. Ce sont de gros follicules tuberculeux avec nappe embryonnaire étendue tout autour, et ra-

mollissement caséeux au centre. Dans le revêtement épithélial, papilles plus volumineuses que normalement. Vers l'union de ce revêtement épithélial avec l'ulcération, on le voit se tailler en bec de flute aux dépens de couches inférieures ; une nappe hémorragique apparaît ensuite, puis un tissu très inflammatoire dans lequel les cellules sont peu distinctes les unes des autres ; plus loin enfin, on aperçoit des lésions très nettes de bacillose avec de belles cellules géantes. Sur la lèvre postérieure, cavités glandulaires dilatées et très nombreuses à épithélium normal. Cellules géantes et follicules dans le stroma conjonctif.

Lésions tuberculeuses de la trompe, ovaires sains. Est morte à sa sortie de l'hôpital en avril 1904, à la suite d'une métrorrhagie foudroyante.

OBSERVATION LXII (Raynaud, *Archives générales médicales*, 1831). *In* Thèse Lannes-Dehorre. — V... D., 39 ans, bijoutière. Réglée à 12 ans, régulièrement jusque vers le milieu de l'année 1829. 7 enfants. En aout 1829, pleurésie droite. L'année suivante, méningite. Mort le 8 mai:

Autopsie : à l'examen des parties génitales, on remarque qu'une matière semblable à des tubercules ramollis, mêlée de mucus, s'écoule par une légère pression de la cavité du col de l'utérus, en même temps, la surface du vagin se trouve criblée d'une multitude d'ulcérations à bords irréguliers et fond rouge. La lèvre antérieure du col est légèrement ulcérée. La surface interne de l'utérus est recouverte d'une couche de matières tuberculeuses. Dans l'épaisseur du corps de la matrice se trouve un petit tubercule cru, du volume d'un petit pois. La matière tuberculeuse occupait également les deux trompes.

OBSERVATION LXIII (Raynaud, *Archives générales médicales*, 1831). *In* Thèse Lannes-Dehorre. — Jeanne B..., 45 ans, 7 enfants. Règles régulières de 14 à 38 ans. Elles se sont arrêtées pendant un an et sont depuis très irrégulières.

Jamais de pertes blanches. Signes de tuberculose pulmonaire au sommet droit. Mastication douloureuse, plaques à la bouche, déglutition devenue impossible. Mort.

Autopsie : utérus volumineux ; surface extérieure recouverte de granulations comme le péritoine. A droite de la lèvre postérieure du col, se trouve appendue, une petite tumeur de quatre lignes de long, pédiculée. Dans le reste de sa surface, cette lèvre de l'utérus est libre et cependant criblée d'une infinité de petits enfoncements ou cryptes renfermant un mucus de même couleur et de même consistance que celui qui enduit la surface du museau de tanche. La lèvre antérieure présente les mêmes particularités.

Ouverture du col : un grand nombre de saillies pédiculées, renflées, y forment comme des espèces de végétations qui donnent au toucher la sensation d'une surface inégale. Des sillons plus ou moins profonds les séparent et se continuant sur la surface du museau y déterminent un état légèrement mamelonné.

Col proprement dit : dur, parois comme du cartilage. Surface de la cavité du col, blanche, recouverte d'une matière muqueuse, visqueuse, blanche.

OBSERVATION LXIV (Reclus, *In* Thèse Daurios, 1889). — Femme âgée de 30 ans, entrée pour fistule anale; dans le service de Richet.

Présentait un écoulement leucorrhéique. Aspect pâle, guérison lente de fistule, fait songer à la nature tuberculeuse de la fistule.

Au spéculum : la muqueuse de la portion vaginale du col est envahie par une véritable éruption, le col est un peu gros, mou, turgescent, parsemé de petites granulations plates, la plupart transparentes. On porte le diagnostic probable de tuberculose primitive du col. Reclus touche les granulations au thermo et badigeonne le col à la teinture d'iode. Au 6e jour, la guérison était complète.

OBSERVATION LXV (Reverdin, *Revue médicale de la Suisse normande*, 1895). *In* Thèse Lannes-Dehorre. — Femme de 30 ans, deux grossesses. Avait eu certainement des lésions pulmonaires étant jeune fille et des lésions péritonéales à la suite de sa première grossesse. Jamais de pertes blanches. Depuis trois mois métrorrhagies abondantes.

A l'examen, on constate une ulcération du col, avec, sur un fond rosé, un semis de points jaunes. Masses annexielles probables dans le Douglas. Le curettage de la cavité utérine, ramène des fongosités dans lesquelles on décèle le bacille de Koch. Pas d'intervention radicale vu le mauvais état général. Mort deux mois après.

OBSERVATION LXVI (Revilliod, *Bulletins de la Société anatomique*, 1884). — Le 13 janvier 1884, entre service de Landrieux à Lariboisière, femme mariée, âgée de 51 ans.

Signes de tuberculose intestinale et pulmonaire. Mort le 22 janvier.

Autopsie : lésions tuberculeuses du poumon, du mésentère, de l'intestin. Du côté des organes génitaux, sur le col et à gauche, ulcération qui intéresse l'épaisseur de la muqueuse. Vagin sain. Cavité utérine remplie de caséum et présentant ulcérations. Trompes et ovaires tuberculeux.

OBSERVATION LXVII (Richelot, *Chirurgie de l'utérus*). — Cas observé en avril 1894. Femme manifestement tuberculeuse, avec cavernes.

Col présentant une grande ulcération étalée, avec des gouttelettes de pus à la surface. Sa consistance était celle de métrite. Etant donné le terrain, Richelot pense à la tuberculose du col et pratique l'hystérectomie, supposant des lésions sur les autres portions.

L'examen histologique montre qu'il s'agit de tuberculose.

OBSERVATION LXVIII (Richelot, *La Gynécologie*, 1905). — Jeune femme de belle apparence, nullipare.

Au toucher, grosse métrite cervicale, consistance banale, orifice entr'ouvert, ectropion mollasse, surface mamelonnée sans induration ligneuse. Utérus gros et mobile, intégrité apparente des annexes.

Spéculum : col ulcéré, saignant, surface ulcérée, est anfractueuse, grisâtre. Le diagnostic hésitant entre métrite et cancer pour divers gynécologues tels que Siredey, Cazin, Labadie-Lagrave, que la malade est successivement allée consulter. pratique une biopsie. Cornil reconnaissant l'existence d'une tuebrculose du col, conseille l'interevntion.

L'examen des pièces fut fait par Cornil : trompes histologiquement tuberculeuses ; corps de l'utérus tuberculeux.

Canal cervical : depuis l'orifice interne au museau de tanche, il est irrégulier, tomentueux. Au-dessous de la muqueuse tissu fibro-musculaire mou. Dépression de l'arbre de vie très accentuée. Sur les coupes, la muqueuse a conservé les caractères de simple inflammation ; le chorion muqueux et la paroi fibro-musculaire sont infiltrées de cellules géantes et de follicules ; il existe des îlots plus ou moins étendus de tissu inflammatoires avec une ou deux cellules géantes, dans chacun d'eux, îlots séparés par des bandes minces de tissu fibro-musculaire. Ces îlots tuberculeux sont très vascularisés. Sur ces coupes, on pouvait suivre toutes les phases de la formation des cellules géantes dans les capillaires dilatés des follicules tuberculeux. Du côté de la muqueuse cervicale, les lésions s'arrêtaient à la limité de cette dernière. Du côté de la portion vaginale du col, le tissu conjonctif était tuberculisé jusque dans les papilles de la muqueuse au-dessous de l'épithélium conservé.

Ovaires sains.

Cornil conclut à la tuberculose d'origine hématique, car les muqueuses sont indemnes et les cellules géantes dérivent manifestement des vaisseaux.

OBSERVATION LXIX (Rigal, *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux*, mai 1879). — Entrée le 23 janvier 1879, service de Rigal, à Saint-Antoine ; domestique.

Bien réglée depuis l'âge de 17 ans. Est devenue enceinte, il y a neuf mois et à fait une fausse couche de 6 mois. Depuis cet avortement, douleurs dans les reins et en haut des cuisses, fatigue facile, tache le linge en jaune.

Entrée, à l'hôpital desquamant, on porte le diagnostic de néphrite scarlatineuse ; la malade meurt le 1er février dans le coma.

Autopsie : tuberculose miliaire généralisée, poumon, péritoine, méninges. Muqueuse du vagin et du col de l'utérus est parsemée d'une grande quantité de granulations tuberculeuses, les unes hémisphériques et saillantes, les autres plates et de niveau avec la muqueuse.

L'utérus est assez volumineux dans son épaisseur, et, sur la muqueuse, on ne voit aucune granulation.

Examen histologique d'utérus et vagin par le Dr Cornil : les granulations tuberculeuses faciles à voir à l'œil nu, siégeaient sur la muqueuse qui tapisse le museau de tanche et sur la muqueuse vaginale. Les granulations de cette muqueuse sont aplaties et très petites, semi-transparentes et légèrement opaques à leur centre. Le centre est parfois un peu exulcéré et déprimé. Cette muqueuse présente des traces d'inflammation antérieure. Les granulations sont formées de petites cellules embryonnaires interposées entre les fibrilles préexistantes du tissu conjonctif sous-épithélial.

OBSERVATION LXX (Hermann Rilter von Hauschka, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1901). — *In* Thèse Lannes-Dehorre. — Malade âgée de 18 ans, pertes blanches pour lesquelles un médecin propose un curettage ; mais à peine l'hystéromètre avait-il franchi le col, qu'il sortit de l'utérus une grande quantité de pus caséeux.

Le médecin crut à un cancer et envoya la malade à l'hô-

pital. Là, un nouveau curettage permit d'extraire des masses que le microscope révéla de nature tuberculeuse. Hystérectomie totale : péritoine et intestin sains.

Examen des pièces : muqueuse utérine infiltrée de follicules tuberculeux. Trompes envahies. Les ovaires présentent une dégénérescence folliculaire, mais sont plutôt sains. Il existait au niveau du col, de nombreuses végétations rappelant celles du cancer. L'hystérectomie a guéri la malade.

OBSERVATION LXXI (Schulze, *Gynecologia heb.*, 1905, p. 135). — Femme de 50 ans Mère morte de tuberculose pulmonaire, un frère mort de même maladie. Ménopause à 48 ans. Six accouchements normaux, un avortement. Leucorrhée depuis 1901, qui devient jaunâtre et odorante à partir du printemps 1902.

Museau de tanche épaissi, dur, avec des bourrelets saillants, surface irrégulière, saignant au moindre contact. Les tissus ne sont pas nécrosés.

Biopsie : tissu fibreux de granulations sans glandes, pas de cellules cancéreuses. Nombreux tubercules avec cellules géantes.

L'hystérectomie vaginale ne montre pas de péritonite.

Pas de tuberculose des ganglions mésentériques ou rétro-péritonéaux. Ovaires et trompes absolument normaux. Examen microscopique : paroi cervicale épaissie, canal cervical élargi ; sur la muqueuse, on voit de petites élevures jaunâtres, ponctiformes ; le museau de tanche a l'apparence d'un champignon, excroissances papillaires autour de l'orifice du col, s'étendant vers l'intérieur du canal auquel elles donnent une apparence granuleuse. Les deux lèvres du col sont confondues en un bourrelet épais.

Examen microscopique : l'épithélium a disparu, ainsi que toute la muqueuse et les glandes. La surface est constituée par un tissu de granulations avec des vaisseaux et des capillaires nombreux, gorgés de sang, nombreux extravasats sanguins

dans le tissu conjonctif. Dans ce tissu, on trouve disséminés des tubercules circonscrits séparés par des groupes de cellules rondes. On trouva quelques bacilles isolés dans les cellules géantes et au bord de certains tubercules.

OBSERVATION LXXII (Schütt, Thèse de Kiel, 1889. *Gazette des Hôpitaux*, 1907). — Femme de 33 ans à l'autopsie de laquelle on trouva une tuberculose caséeuse des voies urinaires

Granulations miliaires récentes sur les méninges, le foie, la rate, la thyroïde, le rein. Emphysème et œdème du poumon. Bacilles de Koch dans le sang artériel. L'utérus gravide renfermait quelques granulations caséeuses.

Le fœtus bien développé, présentait seulement de la congestion du cerveau et de la pâleur du foie. Au microscope, après coloration au picro-carmin, on trouva sur le col des glandes très développées dont la lumière était remplie de masses troubles, grisâtres. Leur épithélium détaché par endroits, était constitué de cellules peu colorées et mal conservées ; très peu avaient gardé leur aspect normal. Le reste de la muqueuse ne présentait nulle part ses caractères habituels, à sa place, on voyait une rangée de cellules granuleuses dont les noyaux étaient mal colorés et les limites peu distinctes. Dans la tunique sous-muqueuse et la musculeuse, aùtoùr des vaisseaux, il existait une abondante infiltration de cellules rondes. Nombreux bacilles sur les coupes.

Il s'agissait de lésions muqueuses catarrhales comme le fait remarquer Schütt.

OBSERVATION LXXIII (Sippel, *Monatschrift für Geb. und Gyn.*, 1905). — Une femme de 31 ans qui a accouché il y a 3 à 4 ans, vient pour une pesanteur vague du bas ventre.

Règles régulières faibles, pas de pertes blanches. Trompe droite épaissie. On sent au voisinage de l'orifice interne une partie circulaire, érodée, non infiltrée. Au spéculum, présente

une coloration d'un rouge intense. La résistance est plus molle que celle d'une érosion. Elle n'a de ressemblance, ni avec une affection primaire, ni avec une ulcération phagédénique. Biopsie montre tuberculose typique.

Revue un mois et demi après ; tuberculose des deux sommets ; abcès froid au niveau des 9e et 11e côtes. Sous chloroforme, on trouve dans la paroi gauche du ventre un abcès tuberculeux du volume du poing d'un enfant. L'exploration génitale montre une trompe droite dure, adhérente ; côté gauche normal. Dans le canal cervical, la muqueuse est normale, au-dessus de l'érosion non agrandie, depuis l'exploration précédente. Aucune sécrétion pathologique dans le canal cervical.

OBSERVATION LXXIV (Spaeth, Thèse Strasbourg, 1885. *In* Thèse Gorowitz). — Femme de 26 ans. Antécédents tuberculeux. Phénomènes d'ascite tuberculeuse. Laparotomie pour la salpingite tuberculeuse, castration double. Mort quelques jours après l'opération.

Autopsie : tuberculose généralisée, foyers caséeux au sommet du poumon droit. Utérus très adhérent aux anses intestinales voisines, présente au niveau de sa surface interne une membrane caséeuse et des tubercules que l'on voit aussi sur l'orifice cervical externe.

OBSERVATION LXXV (Thiercelin). — Femme, 24 ans, ouvrière, entrée le 12 février 1889, service de Cornil. — Antécédents héréditaires nuls.

Réglée, 13 ans ; fausse couche de 4 mois en octobre dernier. A la suite ,ménorrhagies abondantes, fièvre à 40°, douleurs dans le bas-ventre. Reste deux mois à la maternité avec signes de péritonite et perdant en blanc. Sort amaigrie de la maternité ; l'état général décline encore et 15 jours après sa

sortie, vomissements, douleurs dans le bas ventre. Entrée à l'hôpital.

A l'entrée, très amaigrie, vomissements, fièvre, ventre un peu augmenté, empâtement à droite et dans la fosse iliaque correspondante. Pas eu ses règles depuis la fausse couche mais leucorrhée depuis.

Toucher vaginal : empâtement des culs-de-sac, surtout du postérieur et présence d'ulcérations tuberculeuses sur les deux lèvres du col utérin. Cachexie et lésions pulmonaires font de rapides progrès, et mort le 14 avril.

Autopsie par Cornil : péricarde, liquide séreux ; lésions pleuro-pulmonaires de tuberculose ; lésions de tuberculose péritonéale. Etat des organes génitaux : corps de l'utérus gros ; toute la surface interne de l'utérus est recouverte de bourgeons irréguliers, surtout développés en un point de la paroi utérine qui devait être le lien d'insertion du placenta. Sur ces bourgeons, granulations et masse caséeuse opaque et saillante. Col : de semblablesbourgeons recouvrent la portion utérine du col, mais ceux-ci sont moins proéminents et semblent d'un processus plus récent. L'orifice externe du col est déchiqueté et irrégulier, et présente des éraillures profondes, surtout au niveau de son bord postérieur et de sa commissure droite. Sur toute la portion vaginale du col, il existe des pertes de substance profondes et taillées à pic, dont les bords présentent par places des corps jaunâtres ressemblant à des tubercules. Ces ulcérations sont très profondes, elles ont en partie détruit la portion vaginale du col utérin et l'ont transformé en une sorte de tissu spongieux. Le vagin présente également sur ses parois de nombreuses ulcérations.

L'examen histologique pratiqué par Cornil, a montré qu'il y avait un bourgeonnement assez considérable du tissu conjonctif du corps et du col de l'utérus. Grandes végétations irrégulières, fibreuses et vascularisées, dont les vaisseaux possèdent des parois épaisses. Par places, dans ce tissu, infiltration étendue par des cellules hyalines, atrophiées, soit des îlots

caséeux plus petits et bien disséminés. Ces derniers siègent surtout autour des vaisseaux.

Granulations sur l'intestin. Foie gras, tuberculeux. Tubercules de la capsule de Glisson.

Ce cas, dit Thiercelin, est manifestement un cas de tuberculose primitive des organes génitaux, car les accidents pelviens ont été les premiers en date et ce n'est qu'après les organes du petit bassin que le péritoine fut envahi par la tuberculose et en dernier lieu les poumons. Le traumatisme utérin par la fausse couche a été ici le point de départ des accidents et la plaie placentaire la porte d'entrée des accidents.

OBSERVATION LXXVI (Thompson, *The Lancet*, 1872. *In* Thèse Lannes-Dehorre). — Chez une jeune fille qui présentait une atonie congénitale du vagin, on trouva un col avec des granulations miliaires. Le péritoine pelvien présentait des tubercules caséeux.

Il y avait en outre, de la tuberculose des ganglions bronchiques.

OBSERVATION LXXVII (Uhland, *Inaug. Dissert. Tübengen*, 1886. *In* Thèse Gorowitz). — Femme de 20 ans. Antécédents tuberculeux. Jamais été malade. Il y a sept semaines, fausse couche de trois mois. Métrorrhagies pendant trois semaines. Depuis pertes jaunes, en même temps que le ventre augmente de volume.

A l'examen, ascite, utérus très augmenté de volume et repoussé en avant par une tumeur volumineuse, très douloureuse à la palpation. Mort aux progrès de tuberculose péritonéale.

Autopsie : ascite tuberculeuse ; trompe gauche dilatée avec masses caséeuses, mêmes lésions au niveau de la trompe droite. Nodules jaunâtres sur muqueuse cervicale et utérine, pénétrant jusque dans la couche musculaire.

OBSERVATION LXXVIII (Walther, *Monatschrift für Geb. und Gyn.*, 1897. *In* Thèse Lannes-Dehorre). — Domestique, 26 ans. Pertes irrégulières. Longue aménorrhée.

Réglée à 20 ans, un an après accouchement normal. Depuis règles toujours irrégulières. Il y a trois mois, apparition de douleurs. Le malade est d'une famille saine et dans son enfance elle n'a jamais été malade.

Au spéculum, on constate que l'orifice externe du col est évasé circulairement. Au toucher, on trouve une érosion saignant facilement. On remarque qu'il s'écoule une grande quantité de glaires et que l'hémorragie prend sa source dans cette érosion. On soupçonne une néoplasie maligne, on fait l'excision d'un morceau de la lèvre inférieure et on pratique en même temps le curettage. A la coupe de la portion vaginale du col, on trouve de nombreux tubercules dont une partie présente un début de caséification, de sorte que le diagnostic est établi sans recherche de bacilles.

Sur la muqueuse du corps, il n'existe pas de véritables tubercules, mais des cellules géantes avec des cellules épithéliales dans le tissu interstitiel.

OBSERVATION LXXIX (Weigert, *Archives de Virchow*, 1876) (Résumée). — Servante, âgée de 67 ans. Tuberculose ancienne manifeste des sommets, tuberculose péritonéale miliaire. Epiploon tuberculeux.

Dans les culs-de-sac vaginaux antérieurs et postérieurs, ulcérations multiples un peu différentes :

En arrière, ulcération à pic de la grosseur d'une lentille, accompagnée de granulations miliaires présentant en leur milieu un point blanchâtre.

En avant, larges ulcérations serpigineuses à pic, fond caséeux.

En outre, ulcération tuberculeuse siégeant sur le canal cervical et débordant légèrement sur l'orifice externe.

Utérus normal et petit.

OBSERVATION LXXX (Vermeil, *In* Thèse, Paris, 1880). — D:::, 23 ans, modiste. Antécédents héréditaires et personnels tuberculeux.

Réglée 12 ans et demi ; mal réglée. Leucorrhée habituelle. Jamais de grossesse. Métrorrhagies il y a deux ans, depuis, douleurs abdominales sourdes avec irradiations vers les cuisses, leucorrhée plus abondante.

Examen : tuberculose pulmonaire ; utérus gros en arrière, culs-de-sac souples. Col gros, rugueux. Spéculum : col gros, aplati, orifice arrondi ; sur la lèvre antérieure, à petite distance de l'orifice, ulcération assez étendue, rouge vif, avec quelques points jaunes. Très nettement limitée.

Cautérisation au nitrate d'argent. Six jours après, ulcération typique de la langue. Sous l'action de la teinture d'iode, l'ulcération du col et de la langue disparaissent progressivement.

OBSERVATION LXXXI (Vineberg, *The american Journal of Obs.*, 1903. *In* Thèse Lannes-Dehorre). — Femme de 37 ans. Mariée à 18 ans. 9 enfants. Réglée à 12 ans, normalement. Antécédents familiaux négatifs. Pleurésie il y a 2 ans et demi.

A l'entrée, douleurs dans l'abdomen, pas de règles depuis deux mois, pas de sueurs nocturnes, pas de toux, pas de dyspnée, pas d'hémoptysies. Teint pâle, perte des forces. Température 38°8 le soir.

Utérus du volume d'un utérus gravide de six à sept semaines. Trompes droite et gauche prises.

Col sensiblement élargi. L'hypertrophie porte principalement sur la lèvre antérieure qui présente des ulcérations larges, à contours irréguliers, peu profonds et couverts d'un exsudat sale. Elles sont séparées par une bande très étroite de muqueuse de couleur rouge brique. Pas d'induration marquée, pas de friabilité des tissus. Au toucher, pas de tendance au saignement. Végétations de l'orifice externe épaisses, ténaces, d'un gris jaunâtre.

Diagnostic : ulcération tuberculeuse de la portion vaginale avec tuberculose probable des annexes. L'absence de règles depuis deux mois, avec augmentation de volume de l'utérus fait soupçonner une grossesse. L'examen répété de l'écoulement venant des ulcères et du col ne montre pas de bacilles. Bien que je n'eusse jamais vu d'ulcère tuberculeux du col, je maintiens le diagnostic. Ce diagnostic est confirmé à la suite d'une biopsie. L'ulcération s'étendant à la lèvre postérieure, l'hystérectomie est pratiquée.

La coupe de l'utérus est un exemple type de tuberculose de l'endomètre ; on voit sur la muqueuse de petits tubercules, la muqueuse du col est également atteinte, la recherche des bacilles tuberculeux fut positive.

Dans la trompe droite et la trompe gauche, pus tuberculeux.

OBSERVATION LXXXII (Vitrac, *Archives de médecine expérimentale*, 1898. *In* Thèse Lannes-Dehorre). — Jeanne P:::, 21 ans, service de Lannelongue à Bordeaux, pour douleurs dans le bas ventre et pertes blanches. Antécédents tuberculeux. A 7 ans, traumatisme au niveau des organes génitaux, hémorragie. N'a été réglée que trois fois.

A l'examen, par le toucher vaginal, lésion localisée au niveau du col utérin ; rien sur la muqueuse vaginale.

Au fond du vagin, le doigt rencontre une masse végétante du volume d'une noix ; la lèvre antérieure est absolument saine, tandis que la lèvre postérieure présente d'une commissure à l'autre une surface bourgeonnante. La saillie de ces masses bourgeonnantes ne pénétrait pas dans le canal cervical, plus haut que sa partie orificielle, tandis que vers le cul-de-sac vaginal, elle n'allait pas au-delà de la lèvre elle-même. La consistance de la tumeur dans l'ensemble était élastique, souple, donnant au doigt explorateur, la sensation d'une surface muriforme. Utérus petit. A gauche, tumeur fluctuante, peu douloureuse, faisant penser à un kyste de l'ovaire, ou une collection froide de la tumeur.

Induration du sommet gauche. Un fragment de végétations du col en révèle la nature tuberculeuse. Le 11 février, hystérectomie vaginale. Annexes saines.

Examen de la pièce : le col présente à son orifice un bourgeon rougeâtre, irrégulier, au milieu duquel on distingue une végétation principale de la grosseur d'un haricot. Autour d'elle, une couronne de végétations plus petites avec, dans l'intervalle, de petits sillons renfermant un liquide séro-sanguinolent. L'examen microscopique, montre des productions tuberculeuses agglomérées dans l'épaisseur de la lèvre cervicale.

Les follicules se confondent plus ou moins. Quelques-unes sont encore séparées les unes des autres par les organes autour desquels ils se sont développés. La recherche du bacille a été positive ainsi que l'inoculation au cobaye.

OBSERVATION LXXXIII (Williams, *British med. Journal*, mai 1895. *In* Thèse Lannes-Dehorre). — Relate deux cas de tuberculose de la portion vaginale du col. Dans tous les deux, il s'agissait d'une ulcération où l'on reconnut en même temps que de nodules tuberculeux la présence de bacilles. La lésion était nettement limitée à la portion vaginale du col et à la partie avoisinante de la muqueuse vaginale avec intégrité absolue du reste de l'appareil génital. Dans les deux cas, il existait des lésions étendues de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION LXXXIV (Winter, *Centralblatt für Gynecologie*, 1887. *In* Thèse Lannes-Dehorre). — Présente une malade avec une ulcération tuberculeuse de la portion vaginale. Il y a cinq ans et demi, laparotomie pour péritonite tuberculeuse. La malade se présente pour faiblesse générale.

Après un assez long repos, la tuberculose s'était manifestée dans les poumons et dans l'appareil génital. Les trompes et l'utérus étaient atteints. La muqueuse utérine montre une infiltration de tubercules en masse. Un morceau de la portion

vaginale excisée montre histologiquement l'aspect de la tuberculose. Dans les cellules géantes, on reconnaît les bacilles tuberculeux.

OBSERVATION LXXXV (Zweifel, *Centralblatt für Gynécologie*, 1890. *In* Thèse Lannes-Dehorre). — Femme, 28 ans, mariée depuis 8 ans. Père mort de tuberculose pulmonaire. Un enfant de 7 ans, atteint de tumeur blanche du genou. Mari syphilitique depuis plusieurs années avant son mariage.

En janvier 1889, on avait examiné la malade et porté le diagnostic de cancer de la portion vaginale du col. Un spécialiste qu'elle était allée consulter en novembre 1888, fut surpris en janvier 1889 de trouver une ulcération étendue.

Traitement antisyphilitique sans résultat. Biopsie. Par exclusion, on porta le diagnostic de lupus et la cautérisation de l'ulcération l'améliora. Mais il y eut extension de la maladie à la muqueuse utérine et hémorragies continuelles.

En 1889, curettage pour hémorragies, relèvement lent. Revient à la clinique pour hémorragies incessantes.

Hystérectomie et guérison 14 jours après. L'utérus extirpé montrait une ulcération allant jusqu'à l'intérieur) de l'orifice utérin. Trompes intactes. Le diagnostic de lupus était confirmé.

De façon inattendue, dans la troisième semaine, se déclara trois fois une hémorragie. Dans la plaie se forma de nouveau un cratère avec un tissu gangréneux sale. Cette ulcération fut cautérisée. Actuellement, la guérison n'est pas encore venue, et le pronostic est réservé.

OBSERVATION LXXXVI (Zweigbaum, *Berlin. Klinische Wochenschrift*, 1888). — Femme israélite, entrée à l'hôpital de Varsovie, 32 ans, 5 enfants morts tous jeunes.

En décembre 1884, traitée au thermo pour une exulcération fongueuse du museau de tanche.

Examen clinique : malade maigre, grêle et pâle, se plaint de

violentes douleurs dans les parties génitales et d'un écoulement abondant par le vagin.

A la partie postérieure du vagin, existe une ulcération caverneuse à fond d'apparence lardacée. Col de l'utérus court, et présentant un ulcère à pic, à bords indurés. Le corps de l'utérus est hypertrophié, sensible à la pression, en légère rétroflexion. Culs-de-sac vagineux libres. Bacilles tuberculeux dans coupe, ulcération du vagin.

Signes de tuberculose pulmonaire à première période et mort par phtisie galopante cinq mois après l'entrée.

CONCLUSIONS

Pour résumer et conclure, nous dirons :

La tuberculose du col est une affection rare, mais pas aussi exceptionnelle qu'on l'admet généralement les 87 observations que nous en avons pu réunir en témoignent. L'on devra y songer en examinant un col malade.

C'est une affection de la vie génitale de la femme, se développant d'ordinaire chez des prédisposées. Dans la majorité des cas elle est secondaire. L'existence d'une tuberculose primitive paraît démontrée.

La voie muqueuse descendante et la voie sanguine nous paraissent être les modes d'infection les plus fréquents.

Nous admettrons au point de vue anatomo-pathologique que la tuberculose du col peut revêtir cinq aspects :

Miliaire ;

Ulcéreuse ;

Végétante (fongueuse et néoplasique) ;

Interstitielle (hypertrophique) ;

Inflammatoire (cervicite de Schütt et tuberculose inflammatoire).

Microscopiquement, ce sont les lésions histologiques de la tuberculose en général : cellules géantes, infiltration embryonnaire, bacilles. Nous avons été frappé de la constance et de l'intensité des lésions glandulaires.

Il n'existe pas de symptôme propre à la tuberculose du col. L'examen au spéculum est le plus important. Nous admettrons l'existence de trois formes cliniques :

La tuberculose primitive localisée au col ;

La tuberculose cervico-vaginale ;

La tuberculose cervico-utéro-annexielle.

Un diagnostic positif ferme ne peut être établi qu'à l'aide d'une biopsie suivie d'examen. Le diagnostic histologique différentiel est surtout à faire avec le cancer.

Le pronostic est celui de la tuberculose en général, aggravé par ce fait qu'il s'agit ordinairement d'une manifestation secondaire.

Au point de vue traitement : s'agit-il de tuberculose primitive après un court essai de thérapeutique médicale, il faut pratiquer l'extirpation large de l'organe malade ; s'agit-il de tuberculose cervico-utéro-annexielle chez une malade en état de supporter l'intervention, il faut pratiquer l'hystérectomie avec ablation des annexes malades. L'état de ces dernières détermine le choix de la voie à suivre : annexes petites et mobiles ;

égale vaginale : annexes volumineuses et adhérentes : égale abdominale.

Vu :
Le Président de la thèse,
SEGOND

Vu : *le Doyen,*
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Adenot. — Tuberculose primitive de l'utérus. Gazette hebdomadaire, 11 septembre 1902.

Alterthum. — Monatschrift fur Geb. und Gynécologie (1901-1902).

Amann. — Congrès international gynécologie et obstétrique de Rome (1902).

Archambault. — Gazette de gynécologie. 1902.

Ascar Atilio. — Medical Blætter. 8 janvier 1906.

Baumgarten. — Berliner Klinische Wochenschrift. 1904.

Bender. — Une forme hypertrophique non ulcéreuse de tuberculose de la vulve. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1903.

— Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale. 1906.

Beyea. — American Journal of obstetric, 1899.

— Annales de gynécologie. 1900.

— XIII[e] congrès international de médecine (section de gynécologie). 1900.

Boldt. — Monatschrift für Geburt und Gynécologie. 1902.

Bouffe. — In thèse Derville.

Bouilly. — In thèse Lemet, 1903.

raye. — Thèse Paris, 1903.

Brook. — Obstetrical society of London. 1903.

Brouardel. — Thèse Paris, 1865.

Brouha. — Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, (1902).

Buscarlet. — Bulletins Société anatomique. 1890.

Chaton. — Bulletins Société anatomique. 1907.

Cheron. — In thèse Naudin.

Chiarabba. — Giornale di Ginecologia di pediatria, 1904.

Cornil. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, 1899.

— Journal des connaissances médicales. (Juillet 1888).

— Journal des connaissances médicales. (Août 1888).

Cotte. — Gazette des hôpitaux. (Septembre 1907).

Cousyn. — Thèse de Paris. 1903.

Croft. — The Journal of obst. and gyn. of the british empire. 1902.

Cruveilhier. — Anatomie pathologique.

Cullen. — Canada Lancet. 1903.

Daurios. — Thèse de Paris. 1889.

Delaunay et Darré. — Gazette Hôpitaux. 1905.

Deletrez. — Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. (Janvier 1908).

Dervaux. — Thèse de Lille. 1902.

Derville. — Thèse de Paris. 1887.

Driessen. — Centralblatt für gynécologie. 1893.

Emmanuel. — Zeitschrift fur Geb. und Gyn. (1893-4).

Eric et Young. — Obstetrical society of London, (1906).

Eric et Faure. — Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1902.

Fernet. — In thèse Derville.

Ferrari. — Annali di Ost. y Gynecologia. Milan, Anno 25° n° 6.

FRANK. — Monatschrift für Geb und Gyn, 1899.

FRANQUÉ. — Zeitschrift für Geb und Gyn, 1897.

FRÆNKEL. — Jahrbücher des Hamburger Straats Krankenalterensalter, (1893-94).

FRERICHS. — In thèse Nanard.

FRIEDLÆNDER. — Volkmanns samlung. Klinische Vortrage, 1873.

GIGLIO. — Annali di Ostetric. y Ginecologia. Milan, 1892.

GLOCKNER. — Beitrag zur Geb. und Gyn. Leipzig, 1901.

GODARD. — Bulletins Société anatomique, 1867.

GOROWITZ. — Thèse de Paris, 1900.

GOLTSCHALK. — Archives für gynécologie, 1903.

GUMMERT. — Monatschrift für Geb. und Gyn, (1903).

HANDFIELD JONES. — American Journal of obstetric, (1903).

HEIDENTHALER. — Wiener klinische Wœhenschrift, 1890.

HERMANN RITTER VON HAUSCHKA. — Wiener klisnische Wochenschrift, 1901.

HOFBAUER. — Archives für Gynekologie, 1898.

HOLMES COATE. — London medical Gazette, 1850.

HOMOLLE. — Société anatomique, 1877.

JUNG. — XI[e] congrès société allemande de Gynécologie.

KAUFMAN. — Zeitschrift fur Geb und Gyn., 1897.

KLOB. — Patholanatomie der Weiblichen sexuanalorganen. Wienn, 1904.

KNAUER. — Monatschrift. Bd XVII.

LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1904.

LANNES-DEHORRE. — Thèse de Lyon, 1905.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.

LE DENTU. — Semaine gynécologique, Paris, 1901.

LEPETIT. — Bulletins de la Société anatomique, 1892.

LEURET . — Thèse de Paris, 1903.

LEWERS. — Monatschrift fur Geb und Gyn., 1903.

LIOUVILLE. — Société anatomique, 1873.

LISFRANC. — Clinique chirurgicale de la Pitié. Tome III.

MALY. — Monatschrift fur Geb. und Gyn. 1907.

MARTIN. — Archives provinciales de chirurgie. 1905.

MATHEWS. — Medical Record. 1898.

MAYOR. — Bulletin société anatomique. 1887.

MENETRIER. — Bulletin société anatomique. 1889.

MEYER. — Archives für gynécologie. 1896.

MICHAELIS. — Bediag zur geb und gyn. Bd III.

MOSLER. — Inaug. clin. Strasbourg. 1885.

NANARD. — Thèse Paris. 1892.

NAUDIN. — Thèse Paris, 1885.

PARROT. — In Thèse Giraud.

PÉAN. — Traité de l'hystérectomie. 1889.

PETIT. — Archives d'obt. et de gyn., 1890.

PICHEVIN. — Semaine gynécologique, 1901.

POLLOSSON et VIOLET. — Revue de gynécologie et chirurgie obel., 1906.

POPOFF. — Dissert. inaug. Saint-Pétersbourg, 1898.

POZZI. — Traité de gynécologie, 1907.

RAYNAUD. — Archives générales médicales, 1831.

RECLUS. — *In* Thèse Daurios,

REVERDIN. — Revue médicale de la Suisse normande, 1895.

REVILLIOD. — Bulletin soc. anat., 1884.

RICHELOT. — La gynécologie, 1905.

— Semaine gynécologique, 1906.

— *In*. Traité de chirurgie de l'utérus.

Rigal. — Société médicale hôpitaux, 1879.

Rokitansky. — Lehbuch der Anal. path., 1861.

Sghulze. — Gyn. hehr. 1905.

Schutt. — Thèse de Kiel, 1889.

Sippel. — Monatsehrift für Geb. und Gyn., 1905.

Spaeth. — Dissert. inaug. Strasbourg, 1885,

Tédenat. — Congrès français de Chirurgie, Paris, 1905.

Thiercelin. — Bulletin Société anatomique, 1889.

Thompson. — Lancet, 1872.

Tripier. — Traité d'anatomie pathol.

Uhland. — Inaug. diss. Tübingen, 1886.

Veit. — Revue de gyn. et d'obst. 1902.

Veinsberg. — The american Journal of obst., 1903.

Vitrac. — Semaine gynécolog., 1898.

Vermeil. — Thèse, Paris, 1880.

Walther. — Monatsch. fur Geb. und Gyn., 1897.

Weigert. — Archives de Virchow, 1876.

Weyl. — Inaug. diss. Giessen, 1894.

Williams. — British med. Journal, 1895.

Winter. — Société gynécol. de Berlin, 1887.

Zweiffel. — Centralblatt für gyn. 1890.

Zweigbaum. — Berliner Klinische Wochenschrift, 1888.

Angoulême. — Imp. L. COQUEMARD et Cie.